ZENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. MED. EUGEN GRAETZER,
PRAKT. ARZT IN FRIEDENAU-BERLIN.

17. JAHRGANG 1912.

EX · UMBRA · IN · SOLEM

LEIPZIG,
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1912.

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig

Inhaltsverzeichnis des XVII. Jahrganges.

Originalien.

Referate.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Neue Bücher.

Neue Dissertationen.

Therapeutische Notizen.

Monatschronik.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XVII. Jahrgang. Januar 1912. Nr. 1.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes

Fortsetzung des Inhaltes auf Seite VI.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVII. Jahrgang. 1. Januar 1912. Nr. 1.

I. Originalbeiträge.

Zur Differentialdiagnose der „Leibschmerzen" bei Kindern.

Von

Prof. Dr. **H. Finkelstein**

Berlin.

Wenn heutzutage ein Kind über Leibschmerzen klagt, so steht in unserem Zeitalter der Blinddarmfurcht den Eltern sofort das Gespenst der Appendizitis vor Augen, und auch die Ärzte, die mit Recht mehr und mehr Anhänger der Frühoperationen und vielleicht auch der prophylaktischen Operationen auch bei den leichtesten Formen der Colica appendicularis werden, sind geneigt, Leibschmerzen ernster zu nehmen, als es früher üblich war.

Unter diesen Umständen ist es vielleicht zweckmäßig, wieder einmal daran zu erinnern, wie viele verschiedene Dinge auch beim Kinde den Schmerzen zugrunde liegen können, und wie sorgsam man vorgehen muß, um unrichtige Deutungen und vielleicht auch überflüssige chirurgische Eingriffe zu vermeiden.

Ich möchte im Nachstehenden nicht die gesamte Differentialdiagnostik der Appendizitis im Kindesalter besprechen, sondern unter Außerachtlassung der akuten, unter beunruhigenden Erscheinungen und meistens auch mit Fieber verlaufenden Erkrankungen nur von jenen Kindern sprechen, die längere Zeit hindurch über Leibschmerzen klagen, wobei die Beschwerden bald ständig, wenn auch in der Stärke wechselnd, vorhanden sind, bald in Anfällen kolikartiger Natur auftreten, während Erbrechen verhältnismäßig selten und Fieber niemals zu verzeichnen ist. Die Frage, die hier zu entscheiden ist, lautet: Colica appendicularis mit der im Hintergrund lauernden Möglichkeit einer plötzlichen Beteiligung des Peritoneums oder Schmerzen anderer, im allgemeinen prognostisch wesentlich harmloserer Art?

In allen diesen Fällen pflegt der Befund in der Ileozökalgegend negativ oder wenigstens nicht beweisend zu sein, so daß die Annahme der Appendizitis, wenn anders sie nicht ganz willkürlich sein soll, lediglich durch Ausschluß aller anderen Möglichkeiten gestützt werden kann.

Gesetzt selbst den Fall, der Kranke klage über Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend oder lasse wenigstens bei deren Palpation eine lebhafte Empfindlichkeit erkennen, so ist auch damit die

Appendixerkrankung nicht erwiesen. Denn vielfach wird man bei entsprechend genauer Untersuchung feststellen können, daß der Schmerz nicht im Bauchraum, sondern in der Haut sitzt, daß also eine gewöhnlich weit ausgedehnte und auch auf die Rückseite des Körpers übergreifende Hauthyperalgesie besteht. Diese nach einem ihrer Erforscher auch als Headsche Zonen bezeichneten überempfindlichen Bezirke kommen jedenfalls derart zustande, daß der von irgend einem kranken Organe dem Zentralorgan zugehende Reiz auf die demselben Rückenmarksegment entstammenden zentripetalen sensiblen Fasern überspringt und sich durch diese auf die Körperoberfläche projiziert. Bei Darmerkrankungen finden sich die Headschen Zonen in der Bauch- und Lendengegend, fast immer die Zökalgegend beteiligend. Bei gleicher Lokalisation der Hautsymptome können Sitz und Art des Darmleidens sehr verschieden sein; bei Dünndarm- oder Dickdarmerkrankung, bei Verstopfung, Durchfall, Ulzeration kann dieselbe Zone sich ausbilden, und so wäre nichts unberechtigter, als etwa aus der kutanen Empfindlichkeit der Zökalgegend eine Erkrankung gerade des Wurmes zu erschließen.

Noch eine andere Art zentral bedingter, anfallsweise auftretender Schmerzen könnte wohl gelegentlich zu Irrtümern Veranlassung geben, allerdings wohl nur bei jungen Kindern, die über den Sitz ihrer Empfindungen keine sicheren Angaben machen, nämlich die Neuralgie der Lumbalnerven infolge Karies der untersten Lendenwirbel oder des oberen Teiles des Kreuzbeines. Zweimal sind mir solche kleine Patienten untergekommen, bei denen das Knochenleiden übersehen und der Verdacht der Appendizitis ausgesprochen worden war. Ein so grober Mißgriff kann natürlich bei einiger Aufmerksamkeit leicht vermieden werden.

Häufiger als diese nervösen Störungen kommen differentialdiagnostisch chronische Gärungsdyspepsien in Frage, und zwar nicht sowohl die ausgesprochenen, mit stärkeren Durchfällen, Kollern und Darmunruhe eingehenden Formen, sondern leichte mit unscheinbaren Symptomen, deren Feststellung schon eine genauere Untersuchung erfordert. Die Schmerzempfindungen sind hier mäßige, aber häufig wiederholte; bei der Untersuchung wird gewöhnlich eine Druckempfindlichkeit entlang des ganzen leicht aufgetriebenen Kolons festgestellt. Der Stuhlgang wird 2—3 mal täglich, in manchen Fällen aber auch nur einmal entleert, ist heller und weicher als normal, riecht säuerlicher, neigt zu Gasbildung und starker Nachgärung, reagiert meist sauer und läßt jodfärbbare Stärke als Rest namentlich von Brot und Gemüsen oder wenigstens jodophile Bakterien erkennen. Durch entsprechende Vorschriften — Beschränkung bzw. Aufschließung der kohlehydratartigen Speisen, Takadiastase usw. — werden diese Gärungen in kurzer Zeit beseitigt, und mit dem Eintritt fester, alkalischer Stühle schwinden die Beschwerden. Auch bei starker Obstipation können natürlich heftige Kolikschmerzen einsetzen. Man kann bei verzogenen, an Verstopfung infolge mangelhafter Gewöhnung und psychischer Hemmung leidenden Kindern zuweilen so hochgradige Kotverhaltung entstehen sehen, daß ileusartige Symptome — Schmerz, Darmsteifung, Brechneigung — zustande kommen. Von appendizitischen Schmerzen

bei Kindern mit trägem Stuhlgang sind diese Fälle durch den Nachweis sicht- und fühlbarer Peristaltik zu unterscheiden.

Weniger bekannt, aber unzweifelhaft sichergestellt ist die Tatsache, daß heftige Anfälle von Leibschmerzen ohne nachweisbare Unterlage bei neuropathischen Kindern vorkommen, die den Arzt, der sie nicht kennt, ziemliche diagnostische Schwierigkeiten bereiten, aber auch demjenigen, der mit ihnen vertraut ist, etwas beunruhigen, weil lange Zeit keine absolute Sicherheit besteht, ob nicht doch etwas mehr vorliegt als eine harmlose Neurose. Mitten im Spiel beginnen die Kleinen zu klagen, legen sich wohl auch einen Augenblick hin, um bald wieder aufzustehen und bis zum nächsten Anfall munter weiter zu spielen. Das ereignet sich täglich meist mehrere Mal, bald Tag für Tag, bald mit längeren Zwischenräumen. Erbrechen ist nur ganz ausnahmsweise vorhanden; gehört jedenfalls nicht zum typischen Bilde. Objektiv findet sich keine Erklärung für die Schmerzen. Die Mehrzahl der Kranken hat eine Diastase der Recti, gewöhnlich sind auch neuropathische Stigmen (Fazialisphänomen, vasomotorische Erregbarkeit usw.) zu verzeichnen, und die Art des Kindes sowie die ängtliche Sorge der Umgebung erweckt den Verdacht auf die Möglichkeit einer funktionell-nervösen Störung aus der gerade im Kindesalter so häufigen Gruppe der psychogenen Neurosen. Durch suggestive Behandlung — z. B. Aufkleben eines Pflasters, Vibrationsmassage, Faradisation — werden diese Anfälle meist mit einem Schlage abgeschnitten, auch bei scheinbarer Nichtbeachtung der Klagen verlieren sie sich allmählich. Immerhin behalte man solche Kinder unauffällig im Auge und gebe erst dann den Gedanken an eine organische Grundlage endgültig auf, wenn die suggestive Beeinflussung ganz unzweifelhaft ist.

Die Erklärung dieser Art von Schmerzen bietet große Schwierigkeiten. Es geht wohl nicht an, sie — wie das geschehen ist — mit der meist vorhandenen Diastase der Recti in Zusammenhang zu bringen und etwa an ähnliche Empfindungen zu denken, wie sie bei Ptosis abdominalis der Erwachsenen bekannt sind. Vielleicht sind Spasmen im Darme anzuschuldigen, die bei sensiblen und von der Umgebung zu übertriebener Selbstbeobachtung erzogenen Kindern sich in dieser Weise geltend machen.

In manchen Fällen von Leibschmerzen findet man kleine Hernien der Linea alba. Man weiß, was für Beschwerden solche bei Erwachsenen machen können, aber beim Kinde ist ein Zusammenhang zwischen Bruch und Kolik nur mit großer Reserve zuzulassen. In allen meinen Fällen wenigstens sind die Beschwerden verschwunden, ohne daß etwa eine Behandlung der Hernie stattgefunden hätte. Einmal war ich im Zweifel, ob ein längere Zeit sich täglich mehrfach wiederholendes Erbrechen mit gleichzeitiger Hyperalgesie des Bauches nicht doch von der kleinen Bruchgeschwulst ausgelöst werde; aber bei genauer Untersuchung wurden zerebrale Symptome nachgewiesen und schließlich die Gegenwart eines Hirntumors sichergestellt.

Ab und zu ist die Ursache der Leibschmerzen in einer Darmstenose gegeben. Hochgradige Stenosen kommen natürlich bei der

Unterscheidung von der Colica appendicularis nicht in Frage, da deren Symptome wohl unverkennbar sind. Dagegen habe ich einige wenige Fälle gesehen, wo nur ein sehr geringer Meteorismus vorhanden war, Erbrechen fehlte, das Allgemeinbefinden kaum zu wünschen ließ und nur die Schmerzattacken auf ein ernsteres Leiden hinwiesen. Gelegentlich dieser Anfälle wurde eine leichte Darmsteifung und etwas Gurren festgestellt, und so die Diagnose gesichert. Alle diese Kinder sind nach längerer Zeit geheilt. Ich vermute, daß es sich um Passagestörung infolge peritonealer Verwachsungen, wahrscheinlich auf Grund ganz umschriebener Peritonealtuberkulose gehandelt hat.

Schließlich kann auch beim Kinde einmal ein anderes Organ als der Darm die Ursache kolikartiger Anfälle sein. Bei einem 11jährigen Knaben z. B., der während der Schmerzen zuweilen auch brach, fand sich bei sorgfältiger und wiederholter Untersuchung des Urins öfters eine Spur Blut im Sediment, so daß die Annahme einer Nierenkolik nicht unberechtigt erschien; die Anfälle verschwanden schließlich, ohne daß endgültig gesichert wurde, was denn eigentlich ihre Grundlage gewesen war.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

E. Kirsch (Magdeburg), Der Beginn der Skoliose. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 74. Heft 3.) Untersuchungen an Kindern einer Säuglingsfürsorgestelle, zum Teil auch röntgenographisch, ergeben, daß ein ziemlich hoher Prozentsatz (ca. 5%) der Kinder im zweiten Halbjahr und zweiten Lebensjahr rachitische Skoliose zeigen, die klinisch im ersten Anfangsstadium wohl erkennbar ist, wenn man danach sucht. Eine wirksame Bekämpfung der Skoliose verlangt die Behandlung des Anfangsstadiums; dieses liegt nicht in der in der Schule auftretenden Schiefhaltung, sondern datiert vielmehr aus den ersten Jahren der Kindheit, in der die Rachitis das Skelett befällt. Die beginnende Skoliose ist nur zu finden, wenn sorgfältig danach gesucht wird; ihr klinisch sicher feststellbares Symptom ist die in Bauchlage zu beobachtende Torsionserscheinung, die bisher in 5% der durchsuchten Fälle gefunden wurde. Den genaueren Aufschluß gibt die Röntgenphotographie. Die Behandlung mit dem Lagerungsbett muß sofort nach gestellter Diagnose einsetzen. Hecker.

Wilhelm Schlieps, Ergebnisse kardiosphygmographischer Untersuchungen beim Typhus abdominalis im Kindesalter. (Aus der Univers.-Kinderkl. zu Straßburg i. E.) (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 74. Heft 4.) Ausgesprochene Pulsdikrotie wie bei Erwachsenen kommt bei Kindern unter 14 Jahren nicht vor. Bradykardie ist eine fast regelmäßige Erscheinung zu Beginn der Rekonvaleszenz. Die häufig zu beobachtenden Arythmien sind Sinusirregularitäten.

Sie geben eine gute Prognose und bedürfen keiner besonderen Therapie. Störungen im Dromotropismus. Inotropismus und Chromotropismus kommen beim Abdominaltyphus der Kinder nicht vor. Hecker.

Richard Lederer und **Karl Stolte,** Scharlachherz. (Aus der Univers.-Kinderkl. zu Straßburg i. E.) (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 74. Heft 4.) Die Erscheinungen des „Scharlachherzens" koinzidieren mit Bewegungen des Körpergewichtes in dem Sinne, daß bei Abnahme derselben die Herzsymptome zunehmen und umgekehrt. Die Vermutung, daß Ernährungsstörung des Herzmuskels selbst Ursache dieser Erscheinungen sind, hat sich nicht bestätigt; dagegen könnte der Nachweis geführt werden, daß weder anatomische, noch chemische, sondern rein physikalische Momente diesen Störungen zugrunde liegen. Durch Aufhebung der pathologischen Ursache, d. h. durch Steigerung des Druckes in den Gefäßen, konnten die Erscheinungen des Scharlachherzens vorübergehend aufgehoben werden. Hecker.

E. Zeltner (Nürnberg), Die Beziehungen Brustwachstum, Schädelwachstum und Körpergewichtszunahme bei Säuglingen. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 74. Heft 4.) Messungen an 695 Säuglingen, daraus Gewinnung von 225 Kurven, die zum Teil wiedergegeben sind. Zwischen den drei Größen bestehen entschieden gesetzmäßige Beziehungen, und zwar ist besonders gesetzmäßig der Parallelismus zwischen Brust- und Gewichtskurve; er ist vorhanden sowohl bei gut wie bei schlecht gedeihenden Kindern. Beide Kurven erreichen ihre steilste Erhebung im ersten Vierteljahr; weniger deutlich ist die wechselseitige Beziehung zwischen Schädel- und Gewichtskurve. Hecker.

Adolf Baginsky (Berlin), Zu den septischen Erkrankungsformen im kindlichen Alter. (Klinische Mitteilungen, III.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 5 u. 6.) 1. Multiple Gelenkeiterung, anfänglich unter dem Bild einer rheumatischen Polyarthritis, mit Wahrscheinlichkeit vom Ohr ausgehend.

2. Von einer älteren Appendizitis induzierte Peritonitis, deren septischer Charakter sich durch multiple Gelenkschwellungen manifestierte.

3. Postskarlatinöse tödliche Sepsis durch Paratyphus B.

4. Mischinfektion eines in der Milz lokalisierten Ileotyphus mit Streptokokkensepsis — multiple Infarktbildung in den Organen, Erweichungsherd im Gehirn.

5. Septische Pneumokokkenmeningitis bei einem Säugling.

Hecker.

H. Roeder (Berlin), Beobachtungen zur Eisentherapie. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 5 u. 6.) Günstige Erfahrungen mit Ferroglidin. Bei Versuchstieren wurde nach Darreichung des Präparates der Eisengehalt der Leber um das 2—3 fache erhöht gefunden. Hecker.

H. Roeder (Berlin), Die hygienischen Gesichtspunkte für die Veranstaltung mehrtägiger Jugendwanderungen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 5 u. 6.) In erster Linie kommt es auf

die Bewegung an sich an. Ausgewählt sollen vorzüglich zarte und schwächliche, neurasthenische, in Entwicklung und Ernährung zurückgebliebene Schulkinder werden; die Intaktheit ihrer inneren Organe muß vorher durch ärztliche Untersuchung festgestellt sein. Wichtig ist sachgemäße Einteilung von Bewegung und Ruhe, Errichtung guter Quartiere und Lagerstätten, Vorbereitung einer zweckentsprechenden und reichlichen Verpflegung, Beschaffung geeigneter Kleidung. Ein mit gewisser Schonung durchgeführtes Training der körperlichen Leistung gehört zu den vornehmsten Aufgaben des Führers. Die Altersstufe von 12—14 Jahren (Knaben und Mädchen) muß wegen ihrer durch soziale Lage und Unterrichtssystem stark gehemmten Entwicklungsenergie vor allem herangezogen werden. Solche mehrtägige Schülerwanderungen können unter bestimmten Kautelen auch in dem Heilplan gewisser Zustände der Unterernährung, Neurasthenie, Anämie und Sklerose im Kindesalter einen wichtigen Platz erobern. Hecker.

Johannes Laurentius (Leipzig), Zur Leistungsfähigkeit der Brustdrüse der Ammen. (Aus der Universitätsklinik und Poliklinik in Leipzig.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 5 und 6). Trotz schlechten Ammenmaterials gelang es bei jeder Amme, die Milchproduktion so weit zu steigern, daß sie außer ihrem Kinde mindestens noch ein Kind, oft aber noch 2, 3 und mehr Kinder ernähren konnte. Das Ansteigen der Milchmenge ist verschiedener Art, je nachdem die Entleerung der Brust vorwiegend durch Saugen oder durch Abdrücken erfolgt. Der Saugreiz ist zwar im allgemeinen größer als der Reiz des Abdrückens, so daß die maximalen Tagesmengen nur beim Absaugen erreicht werden; aber auch der Reiz des Abdrückens ist bei guten Ammen bisweilen genügend groß, um Steigerungen der Gesamtmenge hervorzurufen oder um die Milchproduktion längere Zeit allein im Gang zu halten. Der Rückgang der Milchproduktion erfolgte niemals spontan, sondern stets willkürlich, auch wenn die Entleerung der Brüste nur durch Abdrücken stattfand. Hecker.

W. Birk, Beiträge zur Physiologie des neugebornen Kindes. 4. Mitteilung. Der Stoffwechsel des Kindes während der ersten Lebenstage bei künstlicher Ernährung. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1911. Bd. 10. S. 1.) In den früheren Mitteilungen hat B. über den Stoffwechsel des neugeborenen Kindes unter physiologischen Verhältnissen (Ernährung mit Kolostrum) berichtet. In vorliegender Mitteilung beschäftigt sich B. mit den Ergebnissen von Stoffwechselversuchen an zwei Neugebornen, die künstlich ernährt wurden. Das eine Kind erhielt $^1/_2$ Milch, $^1/_2$ Wasser und 5$^0/_0$ Milchzucker, zum erstenmal 24 Stunden nach der Geburt in 4 Stunden Intervallen. Es gedieh dabei gut. Der Stoffwechselversuch ergab, daß bei künstlicher Ernährung des Neugebornen rund die Hälfte des eingeführten Stickstoffes wieder verausgabt wird. Bei natürlicher Ernährung dagegen wird nur $^1/_6$—$^1/_7$ ausgeschieden. Daraus würde sich also ein fundamentaler Unterschied zwischen künstlicher und natürlicher Ernährung des Neugeborenen ergeben.

Der Mineralumsatz verhielt sich bei diesem Kinde genau so wie bei einem gesunden, physiologisch ernährten Brustkind. Die Mineral-

stoffbilanz ist sowohl während der physiologischen Abnahme des Kindes als auch in der zweiten Versuchsperiode (ein Anstieg des Körpergewichtes) positiv. Die Ergebnisse des Versuches am zweiten Kinde sind schlechter zu verwerten, weil es nicht gut gedieh.

Schick.

Schabad und Sorochowitsch, Die Behandlung der Rachitis mit Lebertanemulsionen (Emulsion Scott und Parke Davis mit Natrium und Calciumhypophosphit und Emulsion mit essigsaurem Kalk) und ihre Einwirkung auf den Stoffwechsel. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1911. Bd. 10. Nr. 12.) Auf Grund von Stoffwechseluntersuchungen kommen Verff. zu folgenden Resultaten: Phosphorlebertran läßt bisweilen eine günstige Einwirkung auf die Kalkretention bei Rachitis vermissen. Auch wenn der Kranke noch von der Rekonvaleszenz weit entfernt ist. Sowohl Lebertranemulsion, als auch Lebertran wirken günstig auf die Kalkretention bei Rachitis. Von verschiedenen Arten Lebertranemulsion (Emulsion ohne Zusatz von Salzen, Emulsion mit Zusatz von Natrium und Calciumhypophosphit und Emulsion mit essigsaurem Kalk) hat die letztere die beste Wirkung bei Rachitis, da dieselbe zehnmal mehr Kalk enthält als die hypophosphithaltige Emulsion und da diese Kalkverbindung in hohem Grade (29 %) vom Organismus retiniert wird.

Die Versuche mit Scotts Emulsion gaben kein entscheidendes Resultat, da der Patient zur Zeit der Therapie erkrankt. Schick.

E. Welde, Beitrag zur Ätiologie des Keuchhustens. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 35.) Verf. erinnert an die von Czerny aufgestellte These der Nichtspezifität des Keuchhustens. Czerny hält den Keuchhusten für einen klinischen Begriff, etwa wie die Pneumonie mit wahrscheinlich mannigfaltiger bakterieller Ätiologie. Daher sei die Krankheit einmal mehr, ein andermal wenig oder nicht übertragbar.

Zunächst berichtet W. über eine Pertussisepidemie im Säuglingsheim von Dresden, die durch einen schwer ernährungsgestörten Säugling mit Pertussis eingeschleppt, nach wenigen Tagen Infektionsgelegenheit auf etwa ein Dutzend Kinder übertragen wurde. Trotzdem W. auf Grund dieser Epidemie an der Infektiosität des echten Keuchhustens festhält, weist er auf Grund einer anderen Beobachtung darauf hin, daß es im Säuglingsalter pertussis-ähnliche Grippeinfektionen gibt, die nicht ansteckend sind. Zwei Geschwister erkrankten an Grippe, eines derselben hatte klinisch Hustenanfälle vom Charakter der Pertussis. Trotz ausgiebiger Infektionsmöglichkeit kam es zu keiner Hausepidemie. Schick.

Hanna Hirschfeld, Über das Verhalten der weißen Blutkörperchen bei kindlicher Tuberkulose. (Monatschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 38.) Das Verhalten des leukozytären Systems bei der kindlichen Tuberkulose ist noch wenig studiert. Verf. hat daher Untersuchungen an 50 Fällen kindlicher Tuberkulose vorgenommen, darunter waren 12 Fälle von Lungen- und Pleuratuberkulose, 17 Fälle von Knochen- und Gelenktuberkulose, 9 Patienten mit Skrofulose, 3 Fälle von Meningitis usw. Es ergab sich, daß prognostisch günstige

Fälle jeglicher Form von kindlicher Tuberkulose Neigung zur Lymphozytose, zuweilen auch zur Eosinophilie zeigten. Im Fieber war wiederholt polynukleäre Leukozytose und Zahlen von Eosinophilie nachzuweisen. Die bei Skrofulose oft auftretenden Ekzeme werden zuweilen von Eosinophilie begleitet. Dieselbe neigt nach Abheilen des Ekzems zum Sinken. Tuberkulininjektion zeigten keinen gesetzmäßigen Einfluß auf das Verhalten des Blutbildes. **Schick.**

Walter Fischer, Hydrozephalus nach Dura- und Gehirnblutungen bei Säuglingen. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 248.) Das erste Kind, dessen Geburt ohne Schwierigkeiten verlief, zeigte erst etwa 3 Wochen nach der Geburt Zunahme des Kopfumfanges, ohne daß über eine Trauma in dieser Zeit etwas bekannt wäre. Das Kind wurde aufgenommen und starb 6 Tage danach. Bei der Sektion zeigten sich neben den hydrozephalen Veränderungen ausgedehnte Blutaustritte älteren und jüngeren Datums in Gehirn und Dura. Das zweite Kind wurde durch Sectio caesaria entbunden. Schon am Tage nach der Geburt zeigte das Kind schwere zerebrale Erscheinungen (starke Spannung der Fontanellen, Zuckungen in den Extremitäten, moribundes Aussehen). Patient erholt sich in den nächsten Tagen, dabei bemerkt man aber deutliches Anschwellen des Kopfes, die Nähte werden weiter und die Fontanellen gespannt. Bei der Entlassung des Kindes besteht deutlicher Hydrozephalus. Nach 3 Monaten wird Patient im Alter von $3^1/_2$ Monaten neuerlich aufgenommen, wobei ein beträchtlicher Hydrozephalus besteht. Nach wenigen Tagen Exitus. Bei der Obduktion ergibt sich Hydrozephalus, ausgedehnte alte Blutungen in den Hirnhäuten, im rechten Schläfen- und Hinterhauptlappen sowie im Kleinhirn. Jedenfalls liegt es nahe, die Entstehung des Hydrozephalus mit einer traumatischen Blutung in Zusammenhang zu bringen. Durch ausgedehnte Blutungen könnten Verhältnisse geschaffen werden, die zu einer Erschwerung des Liquorabflusses bzw. des venösen Abflusses führen. **Schick.**

Flesch und **Péteri,** Ergebnisse von Magenuntersuchungen mittels Röntgenstrahlen im Säuglings- und späteren Kindesalter. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 263.) Einleitend geben die Verff. eine kurze Literatur-Übersicht über die Röntgenuntersuchung des Magens, die mit wenigen Ausnahmen nur an Erwachsenen vorgenommen wurde. Hier stehen die Lehren Rieders und Holzknechts über die normale Form des Magens noch in Diskussion. Rieder erklärt die Hacken- oder Pfeifenform des Magens für normal. Der größere Teil des Magens liegt in der linken Körperhälfte, höchstens daß die Mittellinie von der Pars pylorica etwas nach per rechten Seite überschritten wird. Holzknecht hat dem normalen Magen die Form eines schief verlaufenden, in einem Quadranten nach drei Ebenen gekrümmten Hornes gegeben, dessen tiefster Punkt, der Pylorus, näher oder weiter vom Nabel, aber immer oberhalb desselben zu stehen kommt, dessen breiterer Teil horizontal gelagert ist.

Simmond nimmt einen vermittelnden Standpunkt ein und meint, daß es keine normale Magenform gibt, sondern es gehören zahlreiche verschiedene Formen in das Bereich der Norm.

Verff. wählten zum Gegenstand ihrer Untersuchungen wie folgt:

a) Form und Lage des normalen Säuglingsmagens, Art seiner Füllung und Entleerung. Dauer der letzteren;

b) dasselbe im späteren Kindesalter bis zum 14. Lebensjahre;

c) die Übergangszeit zwischen diesen beiden Lebensperioden und jene Momente, welche diesen Übergang hervorrufen.

Es wurden 72 Kinder im Alter bis zu 14 Jahren untersucht, von diesen waren 30 unter einem Jahre, darunter 6 Brustkinder, 14 künstlich ernährte, 10 bei Allaitement mixte; ferner 8 zwischen 1—2 Jahren, 5 zwischen 2—3 Jahren, 20 zwischen 3—7 Jahren und 9 zwischen 7—14 Jahren.

Brustkinder erhielten nichts als die Brust, künstlich ernährten Kindern und den älteren Kindern wurde als lichtabsorbierendes Mittel nicht Wismut, sondern Zirkon oder Thorium gegeben.

a) Säuglinge. Die Lage des Magens war in allen Fällen eine wagrechte, die Längsachse lag immer horizontal. Den unteren wagrechten Rand bildet stets die große Kurvatur. Mit einem Fünftel seiner Ausdehnung reicht er über die Mittellinie nach der rechten Seite hin, wo dann ein pylorischer Anteil von der Leber bedeckt wird. Die untere Grenze war nicht einheitlich, sie lag in den meisten Fällen in der Mitte zwischen Proc. xiphoideus und Nabel, doch erreichte sie sehr oft nahezu das Nabelniveau. Das Charakteristische für einen Säuglingsmagen ist ferner die Größe der Luftblase, welche im Anfang der Nahrungsaufnahme mehr Luft einnimmt als die Flüssigkeit. Die Zeitdauer der Magenentleerung beträgt 2—2 $^1/_2$ Stunden.

b) Ältere Kinder. Der Magen steht senkrecht, seine Form nähert sich derjenigen eines Stiefels oder Sandalen, einmal wurde die Riedersche Pfeifenform gefunden. Sonst entsprachen die Befunde noch am ehesten dem Holzknechtschen Befund. Es war stets starke Peristaltik nachzuweisen. Die Zeitdauer der völligen Magenentleerung beträgt 3—4 $^1/_2$ Stunden (200 ccm Flüssigkeit). Nach den Untersuchungen der Autoren ist die Qualität der Nahrung von entscheidendem Einfluß auf die Form des Magens, und darin liegt die Ursache der verschiedenen Formen des Säuglingsmagens und des Magens des größeren Kindes, und zwar ist die Konsistenz der Nahrung der maßgebende Faktor. Schick.

Seiffert, Über Milchflaschenverschlüsse. (Aus der Milchhygienischen Untersuchungsanstalt der Stadt Leipzig.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 30.) Aus S.s kritischen Betrachtungen ergeben sich die folgenden Anforderungen an einen technisch und bakteriologisch einwandfreien Flaschenverschluß. Dieser Verschluß muß 1. keimfrei dem Milchproduzenten geliefert werden können. Er muß 2. ohne Berührungsinfektion auf die Flasche aufgebracht werden können und 3. die Flaschenöffnung und ihre äußere Fläche in dem Umfange, soweit sie bei der üblichen Benutzung beim Ausgießen benetzt und gewissermaßen abgespült wird, gegen Verunreinigung und Berührungsinfektion beim Transport und im Hause des Konsumenten schützen bis zum Verbrauch des Inhaltes und 4. diesen Schutz auch gegen Verfälschung oder unrechtmäßige Vertauschung auf den Wegen der

Flasche sicher gewähren, d. h. er muß nur zu einmaligem Gebrauch geeignet sein und jede Verletzung dem Auge des Käufers verraten. Zu diesen technischen Anforderungen gesellen sich weiter die wirtschaftlichen, 5. daß der Verschluß, eben weil nur zu einmaligem Gebrauch bestimmt, billig und 6. möglichst rasch und leicht, dabei aber sicher an einer größeren Zahl von Flaschen anzubringen sei.

Diesen Anforderungen entspricht das im folgenden beschriebene Flaschenverschlußverfahren und der bei ihm zur Anwendung gelangende Flaschenverschluß. Der Verschluß selbst besteht aus einem dünnen Aluminiumblättchen. Seine untere, d. h. dem Flaschenrand und dem Flascheninneren zugewendete Fläche ist mit einem sterilen Überzug versehen, welcher die Eigenschaft hat, bei Berührung mit Wasserdampf oder Milch stark zu quellen und so als Dichtung zu wirken. Diese Aluminiumblättchen werden maschinell in größeren Mengen hergestellt und automatisch in Blechschachteln verpackt. In dieser Verpackung machen sie eine Sterilisierung durch trockene Hitze von 150° C durch und gelangen dann so gebrauchsfertig in Verkehr. Zum Aufbringen der Verschlüsse dient eine Maschine von geringem Kraftverbrauch, die durch Transmission oder direkt durch Elektromotor angetrieben wird, aber auch für Fußbetrieb gebaut werden kann. Vor Beginn der Verschlußarbeit wird eine die Verschlüsse enthaltende Büchse geöffnet und ohne Deckel in den Verschlußtopf eingesetzt. Die gefüllte Flasche wird immer am Körper angefaßt — das bakteriologisch verkehrte, aber landesübliche Anfassen der Flasche an ihrem Kopfe ist unmöglich, wenn die Maschine benutzt werden soll, wird also zwangsläufig der Bedienung abgewöhnt — und auf den Verschlußtisch gesetzt. Ein Druck auf einen Ausrücker durch die Hand oder einen Fuß löst nun den folgenden automatisch verlaufenden Verschlußvorgang aus. Eine über dem Verschlußtopf befindliche Luftpumpe entnimmt der sterilen Schachtel ein Aluminiumblättchen und legt es auf einen Zubringer. Dieser befördert das Blättchen über die Flaschenöffnung, die Flasche wird gegen den Verschlußkopf gehoben und gedreht und dadurch der Verschluß an den seitlichen Umfang des Flaschenkopfes durch ein Börtelrädchen so angedrückt, daß ein Ablösen nur unter sichtbarer Deformierung des Verschlußblättchens möglich, ein Wiederanbringen eines etwa zu Unrecht abgenommenen Blättchens mit der Hand in gleich exakter Weise wie durch die Maschine unmöglich ist. Der Verschluß bildet also gleichzeitig eine noch zuverlässiger als Plomben und ähnliches wirkende Sicherung des Inhalts. Mit einer Senkung des Tisches schließt der Vorgang, und die Flasche wird entfernt. Der Ablauf des ganzen Vorganges geschieht so rasch, daß nach kurzer Übung eine schwache Arbeitskraft — etwa ein Mädchen — in der Stunde 400—500 Flaschen zu verschließen vermag. Der Mechanismus der Maschine bedarf außer gelegentlicher Ölung keiner Wartung.[1])

Es mag dem naiven Betrachter zunächst verwunderlich und grotesk erscheinen, den so einfachen Verschluß einer Flasche maschinell auszuführen. Wo es sich aber um einen oft wiederholten Vorgang handelt,

[1]) Maschine und Verschlußmaterial liefert Lasch & Co. in Leipzig.

der jedes einzelne Mal unter Einhaltung streng aseptischer Arbeitstechnik verlaufen muß, wenn er seinen Zweck überhaupt erfüllen soll, ist der Ersatz der menschlichen Hand durch die Maschine grundlegendes Erfordernis. Und in diesem Sinne darf das Verfahren und das Verschlußmaterial vor allen heute üblichen Verfahren den Anspruch erheben, das einzige zu sein, das nach den Regeln einer exakten bakteriologischen Technik arbeitet, also hygienisch einwandfrei ist. Das aber wird auch ein wirtschaftlicher Vorzug sein, der seine Kosten bei weitem und in kurzer Frist aufwiegen muß.

Der Anwendung des Verschlusses steht auch nichts im Wege, wenn die Milch in den Flaschen sterilisiert oder pasteurisiert werden soll. Bei der Ausdehnung der Luft durch die Wärme hebt sich das Verschlußblättchen leicht, und es wird bei der durch die Abkühlung in der Flasche eintretenden Luftverdünnung durch den äußeren Luftdruck wieder automatisch ausgedrückt, so daß ein hermetischer Verschluß entsteht.

Der Verschluß wird einfach durch Unterfassen am Flaschenhalse mittels eines metallenen reinen Instrumentes (Gabel oder spitzes Messer) gelockert und abgenommen. Grätzer.

H. Hahn, Klinischer Beitrag zur Lehre von der Pachymeningitis haemorrhagica interna im frühen Kindesalter. (Aus der Säuglingsabteilung der Krankenanstalt Altstadt in Magdeburg.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 33.) H. schildert einen interessanten Fall und knüpft daran folgende Schlußfolgerungen:

1. Pathologisch-anatomisch lag im beschriebenen Falle der seltene Befund einer echten, reinen Pachymeningitis fibrinosa neben intraduralen Blutungen auf nicht-entzündlicher Basis vor, auch hier wie in anderen Fällen kombiniert mit einem in vivo festgestellten Hydrocephalus externus.

2. Klinisch war der beschriebene Fall als Pachymeningitis haemorrhagica interna einerseits durch die allgemeinen meningitischen Symptome, anderseits durch die von vornherein hämorrhagisch abfließende Lumbalflüssigkeit und insbesondere durch den Nachweis der Retinablutungen charakterisiert.

3. Der Pachymeningitis haemorrhagica interna liegt meiner Ansicht nach in vielen Fällen eine Disposition im Sinne einer Veränderung der Blutbeschaffenheit oder der Gefäßwände zugrunde; auf diese sind auch die Retinahämorrhagien zurückzuführen; das Trauma spielt nur eine auslösende Rolle.

4. Die Tatsache, daß die Lumbalflüssigkeit sofort oder oft erst nach einiger Zeit hämorrhagisch abfließt, läßt sich nur in allerseltensten Fällen auf einen traumatischen Defekt der weichen Hirnhäute, sondern meist auf Diapedisdurchtritte der Blutelemente durch die Arachnoidea oder auf die Entwicklung der Pachymenigitis haemorrhagica interna aus der reinen serösfibrinössn Form der Pachymeningitis zurückführen.

5. Therapeutisch ist von der Lumbalpunktion, der bei Säuglingen technisch leichten Kopfpunktion und von Gelatineinjektionen Gebrauch zu machen. Grätzer.

Adele Bornstein und **A. Bornstein,** Über Salvarsan in der Milch. (Aus dem Physiol. Laboratorium des Allgem. Krankenhauses St. Georg in Hamburg.) (Ebenda.) Verff. kommen zu folgenden Resultaten ihrer Untersuchungen:

1. Es wird unsere frühere Angabe, daß nach Salvarsaninjektionen Arsen in der Milch der behandelten Frauen anwesend ist, bestätigt und dahin erweitert, daß dieses Arsen sich noch in Bindung mit dem Amidobenzolring befindet.

2. Die Milch einer mit Salvarsan behandelten Ziege war nicht imstande, auf einen hereditär-syphilitischen Säugling Heilwirkungen auszuüben. Diese Milch enthielt sichtlich weniger Arsen als die von uns untersuchten Frauenmilchproben. Grätzer.

F. Rosenfeld (Stuttgart), Zur Therapie des Keuchhustens. (Berlin. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 37.) R. hat seit 3 Jahren eine große Anzahl keuchhustenkranker Kinder mit einem Mittel behandelt, das in der Literatur nicht angeführt ist. Es hat das Mittel kaum je versagt. Fast jeder Keuchhustenfall, der zumeist im Stadium convulsivum in Behandlung trat, hatte nach 8—14 Tagen keinen Anfall bei Nacht mehr und nur noch 2—4 bei Tage. Das Mittel ist das Natriumsalz des Veronals, das Medinal, oder für die Kassenpraxis das Natrium diaethylarbituricum, das vor dem Veronal den Vorzug der Wasserlöslichkeit und des besseren Geschmacks hat. R. verschreibt es je nach dem Alter des Kindes als Medinal 0,1—0,15—0,2 pro dosi in Aqua destillata. Als Expectorans und Corrigens setzt er Elixir e succo liquiritiae bei und fügt oft noch Antipyrin zu. Bei der Menge des Medinals richtet er sich nach der Lewinschen Formel:

$$\text{D. (Dosis)} = \frac{\text{Anzahl der Jahre}}{\text{Anzahl der Jahre} + 12}$$

so daß das Rezept für ein 2jähriges Kind lauten würde: $D = {}^2/_{14} = {}^1/_7$ der Dosis des Erwachsenen. Für einen Erwachsenen rechnet man pro dosi 0,5 Medinal, also

Rp. Medinali 0,7
Antipyrini 0,7
Aquae destill. 80,0
Elix. e succo liquirit. ad 100,0
MD. mit Meßglas. S. 2—4 mal täglich 10 g.

Mit der Dosis des Medinals soll man ruhig an die obere Grenze gehen, ja man kann im Bedarfsfall, allerdings nur bei Aufmerksamkeit der Mutter, steigern. Die Hauptsache ist, daß die Kinder, die meistens auf das Mittel schläfrig oder matt werden, nicht oder so wenig wie möglich husten, und das kann man erreichen. Die Besserung setzt erst vom 3.—4. Tage ab ein. Besteht neben dem Keuchhusten noch eine heftige Bronchitis und genügt das Elixirium e succo liquiritiae nicht, so ist es erforderlich, entweder Emser Salz oder ein Decoctum radicis Senegae zu geben. In der großen Mehrzahl der Fälle bessert sich aber die Bronchitis mit dem Abnehmen des Hustenreizes.

Bei Säuglingen im ersten Jahre ist das Mittel kontraindiziert.

Bei Kindern, die das erste Lebensjahr überschritten haben, wirkt das Medinal heilend und abkürzend und dadurch die Infektionsgefahr verringernd. Grätzer.

R. Behla (Berlin), Die Säuglingssterblichkeit in den Provinzen, Regierungsbezirken und Kreisen des preußischen Staates 1910 und 1911. (Ebenda.) Nehmen wir die einzelnen Provinzen des preußichen Staates in Augenschein, so zeigt uns die nachfolgende Übersicht, in welcher die einzelnen Provinzen nach der Höhe der Sterbeziffer der Säuglinge geordnet sind, daß der Westen Preußens bedeutend günstigere Resultate aufzuweisen hat, als der Osten. Während im allgemeinen relativ eine Minderung der Sterbefälle bei den Säuglingen eingetreten ist, zeigen die beiden östlichsten Provinzen eine Zunahme, wenn dieselbe auch im Vergleich zu dem Gesamtergebnis klein ist.

1910		1904
101	Hessen-Nassau	129
117	Hannover	140
125	Westfalen	156
134	Rheinprovinz	172
138	Schleswig-Holstein	152
150	Landespolizeibezirk Berlin	197
157	**Staat**	185
171	Sachsen	219
178	Posen	181
183	Hohenzoll. Lande	231
189	Ostpreußen	176
189	Brandenburg	221
191	Schlesien	225
193	Pommern	202
201	Westpreußen	199

Bei dieser Anordnung nach der Höhe der Sterbeziffer nimmt den weitaus günstigsten Platz Hessen-Nassau ein mit 101 Sterbefällen auf 1000 Lebendgeborene. Es folgen Hannover, Westfalen, Rheinprovinz, Schleswig-Holstein und der Landespolizeibezirk Berlin (letzterer mit 150), die günstiger dastehen als der Staatsdurchschnitt. Höhere Ziffern als der Staatsdurchschnitt haben Sachsen mit 171, ferner Posen, Hohenzollernsche Lande, Ostpreußen, Brandenburg, Schlesien, Pommern und Westpreußen, letzterer mit 201 Sterbefällen.

Aus der Übersicht, in der die einzelnen Regierungsbezirke nach der Höhe der Sterbeziffer der Säuglinge geordnet sind, ersehen wir dasselbe Bild, wie bei den Provinzen; der Westen steht viel günstiger da, als der Osten.

Auf 1000 Lebendgeborene starben in den Regierungsbezirken im ersten Lebensjahre:

1910		1904
94	Aurich	97
97	Kassel	124
105	Wiesbaden	134
109	Osnabrück	111
111	Minden	138
117	Hildesheim	152
118	Koblenz	140
119	Stade	132
121	Trier	152
122	Arnsberg	154
123	Hannover	164
128	Lüneburg	141
129	Düsseldorf	171
138	Erfurt	178
138	Schleswig	152
139	Münster	174
150	Berlin, Landespolizeibezirk	197
153	Köln	203
157	**Staat**	185
158	Aachen	188
161	Köslin	159
167	Posen	175
171	Merseburg	223
179	Oppeln	197
181	Allenstein	—
183	Sigmaringen	231
184	Potsdam	237
185	Magdeburg	230
187	Königsberg	171
196	Frankfurt	211
196	Bromberg	191
200	Gumbinnen	183
200	Marienwerder	187
200	Liegnitz	235
202	Danzig	215
203	Breslau	256
211	Stettin	231
226	Stralsund	210

Niedrigere Sterbeziffern als der Staatsdurchschnitt weisen 18 Bezirke auf, von denen Aurich mit 94 Sterbefällen auf 1000 Lebendgeborene an erster Stelle steht, ihm folgt Kassel mit 97, Wiesbaden mit 105 usw.; ungünstiger als der Staatsdurchschnitt sind 19 Bezirke, von denen Stralsund den letzten Platz mit 226 Sterbefällen einnimmt.

Überblicken wir die Gesamtergebnisse der Gegenüberstellung der Jahre 1910 und 1904, so müssen wir im allgemeinen mit dem in verhältnismäßig kurzer Zeit erreichten Rückgang der Säuglingssterblichkeit wohl zufrieden sein. Weiter zurückgegriffen, gestaltete sich dieser Rückgang in Preußen und Berlin von 1875 nach den Zahlen im Statistischen Landesamt folgendermaßen:

Von 1000 Lebendgeborenen starben im ersten Lebensjahre

	im Staate	in Berlin		im Staate	in Berlin
1875/1880	206	304	1904	185	200
1881/1885	207	278	1905	198	206
1886/1890	208	263	1906	177	177
1891/1895	205	242	1907	168	163
1896/1900	201	218	1908	173	168
1901	200	224	1909	164	157
1902	172	181	1910	157	157
1903	194	198			

Wir stehen also bereits nicht mehr so ungünstig da in Preußen; vergleichsweise sei angeführt, daß die Ziffer für das Deutsche Reich 1908 178 betrug. Allerdings weisen andere Länder Europas zum Teil günstigere Zahlen auf. Folgende Tabelle veranschaulicht einen Vergleich mit einigen anderen Ländern Europas:

Gestorbene von 1 Jahr auf 1000 Lebendgeborene.

Österreich	1906	202	England und Wales	1908	121
Ungarn	1908	199	Niederlande	1908	125
Rußland	1901	272	Belgien	1907	132
Italien	1907	156	Schweden	1907	77
Spanien	1904	173	Dänemark	1907	108
Frankreich	1906	143	Norwegen	1907	67

Diese Gegenüberstellung mit anderen Staaten zeigt, daß es einzelne Lande in der Herabminderung der Säuglingssterblichkeit schon bedeutend weiter gebracht haben. Wir dürfen uns mit den bei uns erzielten Erfolgen nicht beunruhigen, sondern müssen rüstig weiter arbeiten. Schon gibt es Städte in Preußen, die eine Säuglingssterblichkeit von 120 und weniger haben, und diese können gleichsam anderen Gemeinden als Vorbilder in ihren getroffenen Einrichtungen gelten wie z. B. Charlottenburg. Freilich darf auch hier nicht schablonenhaft verfahren werden. Die Maßnahmen werden sich örtlich verschieden gestalten und den bestehenden Verhältnissen anpassen müssen.

Grätzer.

O. Ehringhaus, Über Dornfortsatzfrakturen. (Aus der Univers.-Poliklinik f. orthopäd. Chirurgie in Berlin.) (Berlin. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 38.) Einen interessanten Fall teilt E. mit.

Der 11jährige Knabe ist in der Woche nach Pfingsten — also vor etwa 14 Tagen — beim Spielen von einem etwa $2^1/_2$ m hohen Bauzaune rücklings herabgefallen und auf einen davor liegenden Haufen Ziegelsteine aufgeschlagen. Der Kleine war zwar noch imstande, nach Hause zu gehen, verspürte aber außer-

ordentlich heftige Schmerzen etwa in der Mitte das Rückens, so daß die Mutter noch in der Nacht bei einem in der Nähe wohnenden Arzt Hilfe suchte, auf dessen Veranlassung dann der Patient, als nach etwa 8 Tagen unter kühlenden Umschlägen eine Anschwellung in der Mitte des Rückens nicht zurückging, der Poliklinik zugeführt wurde. Bei der ersten Untersuchung fand sich im Bereich der unteren Brust- und oberen Lendenwirbelsäule eine Prominenz, deren Höhepunkt dem Processus spinosus des zwölften Brustwirbels entsprach und die äußerst druckempfindlich war. Der Patient war außerstande sich zu bücken, und beim Aufheben von Gegenständen suchte er genau nach der Art an Spondylitis leidender Kinder die Wirbelsäule durch Aufstützen der freien Hand auf das Knie zu entlasten. Beim Erheben des in Bauchlage befindlichen Patienten an den Füßen wurde der obere Lenden- und untere Brustteil der Wirbelsäule bis zur Mitte starr fixiert, ebenso beim Versuch, den Rumpf nach hintenüber zu biegen.

Angesichts der Prominenz des Dornfortsatzes und der sehr ausgesprochenen Fixation der Wirbelsäule gegenüber Bewegungsversuchen um die horizontale Achse war es sehr naheliegend, an eine Spondylitis zu denken, um so eher, als wir ja vielfach auch in der Anamnese Spondylitiskranker ein vorausgegangenes mehr oder weniger schweres Trauma zu erheben vermögen.

Der Umstand jedoch, daß sowohl Drehbewegungen des Rumpfes als auch ganz besonders seitliche Neigungen völlig frei und schmerzlos sich ausführen lassen, brachte im Verein mit der stets sehr genau und namentlich bei seitlichem Druck an dem Processus spinosus des 12. Brustwirbels angegebenen Schmerzhaftigkeit zur Annahme einer Fraktur an dieser Stelle, eine Auffassung, die man durch eine Röntgenaufnahme bestätigt fand. Das in Seitenlage des Patienten und stärkster Kyphosierung der Wirbelsäule angefertigte Bild zeigt ganz deutlich eine Absprengung des 12. Brustwirbeldornfortsatzes, den man in dem Ligamentum interspinale zwischen 12. Brust- und 1. Lendenwirbel als etwa bohnengroßen Knochenschatten gut erkennen kann. Wir haben damit zugleich auch die Erklärung, warum weder Krepitation noch abnorme Beweglichkeit, auch nicht nach der von Sauer angegebenen Untersuchungsmethode mittels Unterschiebens der palpierenden Hand unter den in Rückenlage ruhenden Patienten, sich feststellen ließen, indem nämlich das vom 12. Dornfortsatz abgesprengte Stück durch den immerhin recht wuchtigen Sturz in das Ligamentum interspinale fest eingekeilt wurde.

Bei den ersten Untersuchungen hatte auch das Röntgenverfahren versagt, da die starre Fixation der Wirbelsäule die zur Projektion der Dornfortsätze gerade dieser Region unbedingt erforderliche stärkste Kyphosierung nicht gestattete, während jetzt an der Hand dieser Seitenaufnahme auch auf dem von vorne aufgenommenen Bilde am unteren Rande des 12. Brustwirbelkörpers ein ungewöhnlicher kleiner Knochenschatten nach längerem Studium wahrzunehmen ist.

Das besondere Interesse dieses Falles bieten also die differentialdiagnostischen Erwägungen, und es sei somit nochmals betont, daß man lediglich mit Rücksicht auf die freie seitliche Beweglichkeit der Wirbelsäule und den intensiven Schmerz bei seitlichem Druck in der Gegend des 12. Brustwirbeldornfortsatzes die Diagnose einer Fraktur desselben stellen konnte. E. glaubt gerade diesen beiden Symptomen eine für die Differentialdiagnose ausschlaggebende Bedeutung zuerkennen zu müssen.

Grätzer.

H. Hirschfeld und **L. Hirschfeld,** Über vasokonstringierende Substanzen im Serum bei Rachitis, Tetanie und exsudativer Diathese. (Aus der Univers.-Kinderklinik und dem Institut für experimentelle Krebsforschung in Heidelberg.) (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 31.) Verff. hatten sich zur Aufgabe gestellt, zu untersuchen, ob die Theorien, die von einer Nebenniereninsuffizienz ausgehen, im Experiment eine Stütze finden, und haben das Serum von Kindern mit Rachitis, Tetanie und exsudativer Diathese auf adrenalinartig wirkende Substanzen geprüft. Sie bedienten sich dabei der von Läwen und Trendelenburg angegebenen Methode der Durchleitung von überlebenden Froschgefäßen.

Es wurden 62 Sera untersucht, 26 davon entstammten normalen (9 davon Erwachsenen), 17 rachitischen, 7 exsudativen und 12 tetanischen Kindern.

Es ließ sich feststellen, daß die Annahme einer Minderwertigkeit der Nebennierenfunktion, wenigstens in bezug auf die Gegenwart adrenalinartig wirkender Stoffe im Blute experimentell keine Bestätigung findet. Die Versuche zeigten vielmehr einen erhöhten Gehalt an vasokonstringierenden Substanzen an und zwar bei allen drei untersuchten Krankheitsformen.

In Seren von Tetaniekindern wurden die weitaus höchsten Werte ermittelt.

Grätzer.

W. Birk, Zur Frage der Ernährung stillender Frauen. (Aus dem Kaiserin Auguste-Viktoria-Haus zu Charlottenburg.) (Ebenda.) Bisher ist die Frage vernachlässigt worden, inwieweit die Ernährung eines Weibes hinreicht, um das durch Laktation in ihrem eigenen Organismus geschaffene Defizit zu decken, wie durch die Ernährung ihr eigener Organismus während der Zeit der Laktation beeinflußt wird.

Verf. sah sich veranlaßt, dieser Frage Beachtung zu schenken, als er beobachtete, daß eine ganze Reihe von Ammen, namentlich diejenigen, die sehr viel Milch lieferten, in gewissen Perioden an Gewicht abnahmen, und zwar bei einer Nahrung, die, wie sich leicht feststellen ließ, derjenigen überlegen war, welche die Frauen vor ihrer Aufnahme in die Anstalt genossen hatten, und die ihnen außerdem an Quantität nahezu unbeschränkt zur Verfügung stand.

Diese Frage ist natürlich für die normalen Verhältnisse, d. h. für den Fall, daß eine Mutter nur ihr eigenes Kind stillt, von nicht so großer Bedeutung, als für die Verhältnisse, wie sie in Anstalten und Kinderkliniken liegen, wo es Regel ist, daß eine Amme 2, 3 ja 4 Kinder zu gleicher Zeit stillt.

Verf. untersucht also, ob der Kaloriengehalt der Nahrung für diese Frauen ausreichend war. Aus den vielen Untersuchungen will Verf. nur einige Beispiele herausgreifen: An einem Tage, an welchem eine ca. 23jährige Frau mit einem Körpergewicht von 75 kg, die im übrigen vollkommen gesund war, 3000 g Milch lieferte, war der Kaloriengehalt ihrer Nahrung = 3529 Kalorien. Im einzelnen setzte sich die Kost folgendermaßen zusammen:

An Brot den ganzen Tag über 225 g = 504 Kal., außerdem zum Frühstück geräucherter Schinken ($^2/_3$ Fett = 114,14 Kal., $^1/_8$ Liter

Magermilch (in Kaffee) = 51,25 Kal., 220 g Butter = 167,42 Kal., 205 g Semmel = 489,95 Kal. Zum Mittagessen: 315 g Brotsuppe (aus Schwarzbrot, Butter und Zucker) = 125,00 Kal., 295 g Lungenhaché = 365 Kal., 216 g Kartoffeln = 190 Kal., Rhabarberkompott = 21,51 Kal. Zum Abendessen: 220 g Butter = 167,42 Kal., 37 g Rauchfleisch = 146,5 Kal., $^1/_8$ Liter Magermilch (in Kaffee) = 51,25 Kal. Dazu kam noch über den ganzen Tag verteilt: $1^1/_2$ Liter Milch = 1005 Kal., 2 Flaschen Malzbier = 60,4 Kal., $^1/_2$ Liter Wasser mit Himbeersaft und Zucker = 71,5 Kal.

Im ganzen also rund 3530 Kalorien.

Rechnet man davon die in 3 Litern Frauenmilch verausgabten Energiemengen ab, so bleiben für den Organismus zur Verwertung übrig 1430 Kalorien, d. h. pro Kilo Körpergewicht etwa 20 Kalorien.

Eine stillende Frau ist im allgemeinen zu jener Gruppe von Menschen zu rechnen, deren Muskelarbeit auf die Lokomotion beschränkt ist, und die deshalb relativ geringe Mengen benötigen. Der Bedarf dieser Leute beträgt durchschnittlich 35 Kalorien pro Kilo Körpergewicht. Es bestand also eine Unterernährung bei dieser Frau.

Bei einer anderen Frau, von gleichem Körpergewicht, war die Nahrungsaufnahme folgendermaßen:

4 Brötchen von je 43,9 g enthielten 276,32 Kal., 2 mal $^1/_4$ Liter Magermilch in Kaffee = 102,5 Kal., 2 mal 27,3 g Butter = 415,51 Kal., 4 Schnitten Brot = 196 g = 431,20 Kal., 2 Teller Graupensuppe (466,5 g — 485,2 g) = 247,10 Kal., 313 g Pflaumensuppe = 57,00 Kal., Gemüse aus Mohrrüben und Kartoffeln (mit Mehl und Butter) = 345,8 g = 223,17 Kal., 84,5 g Pökelfleisch = 152,10 Kal., Makkaronisuppe = 237 g = 118,00 Kal., 40 g geräucherte Wurst = 133,60 Kal., 1 Liter Milch = 670,00 Kal., $^1/_2$ Liter Himbeersaft mit Wasser und Zucker = 71,70 Kal.

Der Kalorienwert der aufgenommenen Nahrung betrug demnach 2898,20 Kalorien. Zu gleicher Zeit gab die Frau 2600 g Milch ab, was einem Energieverlust von 1820 entspricht. Danach blieben für den Gebrauch des Organismus 1078,2 Kalorien übrig, d. h. 14,2 Kalorien pro Kilo Körpergewicht; wiederum ein ganz unzureichender Wert.

Jedenfalls genügt eine Kost, die einer Durchschnittsfrau während der Stillzeit ausreichende Energiemengen zuführt, noch nicht bei solchen, die mehrere Kinder stillen.

Diesen Umständen sollte Beachtung geschenkt werden; man hat die Pflicht, dafür zu sorgen, daß diese Frauen keinen Schaden erleiden.

Grätzer.

A. Hörder, Prophylaxe und Therapie der Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen. (Aus der geburtshilfl. Abteilung des städt. Krankenhauses Charlottenburg.) (Ebenda.)

Man verwendete das Sophol in den letzten Jahren, und zwar seit dem 1. Dezember 1907, und hat mit ihm recht gute Resultate erzielt, wie sie durch folgende Zusammenstellung erläutert werden:

Zeit	Zahl der Geburten	Zahl der mit Sophol beh. Kinder	Frühinf. %	Reiz-katarrhe %	Spätinfektion spe-zifisch %	Spätinfektion nichtspe-zifisch %	Summe %
1. XII. 07—31. XII. 08	518	498	0 = 0	12 = 2,4	3 = 0,6	24 = 4,8	39 = 7,8
1. I. 09—31. XII. 09	663	624	0 = 0	10 = 1,6	1 = 0,1	26 = 4,1	37 = 5,8
1. I. 10—31. XII. 10	672	635	0 = 0	17 = 2,6	3 = 0,4	26 = 4,1	46 = 7,1
Summe	1853	1757	0 = 0	39 = 2,2	7 = 0,3	76 = 4,4	122 = 6,9

Unter den 1757 mit 5%igem Sophol prophylaktisch behandelten Kindern wurde also nicht ein einziger Fall von Frühinfektion beobachtet.

Behandelt wurden die Konjunktivitiden mit der seinerzeit von Adam empfohlenen Blenolenizetsalbe, einer Verbindung von Lenizet und Euvaselin in 10- und 5%iger Konzentration. Die 10%ige Salbe wurde anfangs in 2stündlichen, bei Nachlaß der Sekretion in 3stündlichen Intervallen unter die Lider gebracht. In der Zwischenzeit erfolgten Kühlungen mit kalten Borläppchen.

Handelte es sich um Gonokokkeninfektion, so kam hierzu noch ein tägliches Einträufeln einer 2%igen Arg. nitr.-Lösung, das beim Nachlaß der Sekretion einen über den anderen Tag und mit schwächeren (1%igen, ½%igen) Lösungen fortgesetzt wurde. Grätzer.

F. Lust, Das Peroneusphänomen — ein Beitrag zur Diagnose der Spasmophilie (Tetanie) im Kindesalter. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Heidelberg.) (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 32.) Die Prüfung geschieht am praktischsten so, daß man den Unterschenkel des Kindes in seine linke Hand legt und mit der rechten den N. peroneus neben oder noch besser etwas unterhalb des Capitulum fibulae mit dem Perkussionshammer beklopft. Bei vorhandener Erregbarkeit erfolgt eine kurze Abduktion mit gleichzeitiger Dorsalflexion des Fußes.

L. möchte für die Beurteilung des isoliert auftretenden Peroneusphänomens die Frage schon heute dahin entscheiden, daß ein solches nur im Säuglingsalter ein die Diagnose der Spasmophilie sehr wesentlich förderndes Symptom ist, vielfach die Diagnose erst ermöglicht oder stützt, namentlich da, wo, wie so oft in dieser Lebensperiode, das Fazialis- und Trousseausche Phänomen im Stiche lassen und eine galvanische Prüfung aus irgendwelchen äußeren Gründen nicht ausführbar ist. Kommt ihm auch eine direkt pathognomonische Bedeutung nicht zu, so muß es für den behandelnden Arzt doch immer ein Mahnzeichen sein, daß der normale Grad der Erregbarkeit des Nervensystems bereits merklich überschritten ist und spezielle Maßnahmen im Sinne einer diätetischen oder medikamentösen (Phosphorlebertran!) Behandlung angezeigt sind. Dagegen nimmt der Wert einer Prüfung des Peroneusphänomens nach dem Säuglingsalter mit jedem Jahr progressiv mehr ab, um etwa vom 3. oder 4. Lebensjahr an jegliche klinisch verwertbare Bedeutung zu verlieren. Grätzer.

W. Autenrieth und **A. Funk**, Über eine kolorimetrische Bestimmung des Milchzuckers im Harn und in der Milch. (Chem. Univers.-Laborator. Freiburg i. B.) (Ebenda.) Der eine der Verff. hat früher mit Th. Tesdorpf und mit G. Müller eine Methode der kolorimetrischen Bestimmung des Traubenzuckers im Harne beschrieben, die sich durch Einfachheit in der Ausführung und große Genauigkeit auszeichnet. Dadurch, daß es in der letzten Zeit geglückt ist, mit Hilfe eines blauen Pflanzenfarbstoffes eine lichtbeständige und haltbare Vergleichslösung — Standardlösung — herzustellen, die bei allen Konzentrationen mit der für die kolorimetrische Zuckerbestimmung notwendigen blauen Bangschen Kupferlösung Farbengleichheit zeigt, ist ein außerordentlich genaues Einstellen der kolorimetrisch zu vergleichenden Flüssigkeit in der Cuvette mit der Standardlösung im Glaskeil des Kolorimeters meist bis auf einen Skalenteil möglich.

Es lag der Gedanke nahe, mit Hilfe der gleichen Kupferlösung und unter Anwendung des Autenrieth-Koenigsbergerschen Kolorimeters eine kolorimetrische Bestimmung des Milchzuckers für den Harn und die Milch auszuarbeiten. Es wurde Frauen- und auch Kuhmilch geprüft und gefunden, daß diese Methode der Allihnschen Methode vollständig gleichwertig ist. Während aber diese 3—4 Stunden in Anspruch nimmt, kann die kolorimetrische Bestimmung bequem in $^1/_2$ Stunde ausgeführt werden. Grätzer.

Trespe (Mühlhausen i. E.), Ein Beitrag zur Anilinvergiftung. (Ebenda.) Zwei Geschwister, ein 15 jähriger und 4 jähriger Knabe, erkrankten an Anilinvergiftung. Bei dem älteren, der eine schwere Intoxikation darbot, war zunächst die Eingangspforte des Giftes sehr bemerkenswert. Patient hatte sich wegen Frostgeschwüren die eine Hand mit dem Anilinöl eingerieben, das so in die ihrer Epitheldecke in großer Ausdehnung beraubten Haut eingedrungen war. Der jüngere Bruder schlief mit dem älteren in einem Bett und atmete die Anilindämpfe ein.

Ungewöhnlich in dem Bilde der Vergiftung war bei dem älteren Patienten das Auftreten von Blut im Mageninhalt. Grätzer.

F. W. Strauch, Über Stauungsblutungen in der Haut. (Zur Kritik des Rumpel-Leedeschen Phänomens.) (Aus der Mediz. Klinik zu Halle.) (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 33.) Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Von 160 Gesunden wiesen 45% nach 5—20 minutenlanger Stauung des Oberarms Blutungen in der Ellenbeuge auf. Das männliche Geschlecht im Alter von 8—14 Jahren neigte mehr zu Hauthämorrhagien als das weibliche Geschlecht gleichen Alters.
2. Von 180 Kranken reagierten 59% positiv.
3. Ein Unterschied nennenswerter Art zwischen den bei Gesunden und Kranken beobachteten Hautblutungen nach Ausdehnung, Intensität, Zeit des Auftretens und Verschwindens der Blutaustritte konnte nicht festgestellt werden.
4. Außer bei Scharlach ließen sich Stauungsblutungen stets bei Masern und Blutkrankheiten, häufig bei Gelenkrheumatismus, bei mit Blutdrucksteigerung einhergehenden Herz- und Nierenkrankheiten, end-

lich bei fast allen mit höherem Fieber verbundenen Erkrankungen (Diphtherie und namentlich Erysipel ausgenommen) nachweisen.

5. Das Rumpel-Leedesche Phänomen ist nicht pathognostisch für Scharlach, zumal beim männlichen Geschlechte, nur der negative Ausfall desselben spricht gegen Scharlach. Grätzer.

A. Döblin, Die Mortalität bei Brustmilch- und Eiweißtherapie. (Aus der I. medizin. Abteil. des Städt. Krankenhauses a. Urban in Berlin.) (Ebenda.) Es wird nicht untersucht, in welchem Maße Brust- und Eiweißmilch Ernährungsstörungen der Säuglinge zu beeinflussen vermögen, sondern welchen Einfluß die Behandlung mit Brust- (Br.) und Eiweiß- (E.M.) Milch auf die Mortalität der Säuglingsstation des Krankenhauses hatte.

Es werden verglichen die Mortalitätszahlen eines Jahres, in welchem noch keine E.M. gegeben wurde, wohl aber Br., mit den Zahlen eines E.M.-Jahres.

In Tabellen werden die betreffenden Zusammenstellungen gemacht und das Resultat dann zusammengefaßt:

Bezüglich der Brustmilch: Die tabellarische Übersicht über die Br.-Resultate scheint ein sehr schlechtes Licht auf ihren Wirkungswert zu werfen. Wenn die aufs schwerste ernährungsgestörten, der Br. bedürftig erachteten Kinder nur eine Woche in Behandlung blieben, so gelang es auch mit Br. nicht, sie über diese erste Woche hinwegzubringen; es starben fast alle, nämlich 14 von 16. Es war also bei der Schwere der Erkrankung fast gleichgültig, ob sie Br. bekamen oder nicht. Es gelingt durch keinerlei Ernährungsbeeinflussung diese Fälle am Leben zu erhalten. Und sie stellen fast die Hälfte der Gesamtmortalität auf der Abteilung bei Kindern unter 1 Jahr, und $^3/_4$ der Mortalität und Br. dar. Und auch von den übrigen 21 bis 4 Monat behandelten starben noch 6, d. h. $^1/_3$ dieser Kinder.

Das Alter der Kinder anlangend: Es stirbt der größte Teil der Kinder unter 1 Monat, wenn sie eine so schwere Ernährungsstörung haben, auch bei Br., nämlich von 16 Kindern 13. Aber selbst wenn sie älter sind, ist der Krankheitszustand derart, daß trotz Br. noch von den 21 bis 6 Monat alten Kindern 7 starben, d. h. $^1/_3$ meist infolge gelegentlicher neuer Darmstörung.

Es vollziehen sich unter Br. 17 Besserungen, d. h. $^2/_5$ der Br.-Kinder heilt, $^3/_5$ stirbt. Von den Wiederherstellungen werden wesentlich die Kinder von 3—6 Monaten betroffen.

Bei dem Vergleich der Resultate mit dem von Kinderasylen usw. ist die unverhältnismäßige Schwere der Erkrankungen zu beachten. Leichtere Fälle werden in das Krankenhaus überhaupt nicht eingeliefert, und daß leichtere Fälle unter anderen auch bei Br. ausheilen, versteht sich von selbst.

Die wichtige Frage, ob die Wiederherstellung der 17 Br.-Kinder nur bei Br. möglich war, ist darum schwer zu entscheiden an Hand der Tabellen, weil die Br.-Kinder ausgewählt schlechte Kinder sind und fast durchweg mit Br. behandelt wurden. Man sieht aber, daß zur Erzielung der Erfolge meist eine Zeitdauer von 2—4 Wochen nötig war, nämlich in 11 von 17 Fällen; ein Heilerfolg der Br. läßt

sich danach nur bei längerer Behandlung erwarten. Es vollzieht sich unter Br. ersichtlich eine langsame Reparation der gestörten Funktion. Es kommt unter Br. zu einer ungestörten Entgiftung des kindlichen Organismus. Die Br. setzt der spontanen Ausheilung ersichtlich die wenigsten Schwierigkeiten entgegen. Sie ist für einen Teil der schweren und schwersten Erkrankungen eine exquisite Schonmilch; und man muß zugeben, daß die Br. in hervorragender Weise eine Doppelaufgabe löst: Schonung des Organismus und Ernährung, wenn sie auch absolut kein Heilmittel darstellt und sich in der Beeinflussung schwerer, besonders akuter Fälle ganz junger Kinder ebenso ohnmächtig erweist wie die bisherigen anderen Milchpräparate und Mischungen.

Bezüglich der E.M. ist zu bemerken: Sie wurde hauptsächlich angewandt bei schweren und schwersten Fällen, die sonst auch für Br. in Frage kommen, ferner bei Fällen, die von anderer Ernährung nicht beeinflußt wurden, schließlich bei wenigen Fällen zum Vergleich.

Wie die Tabellen zeigen, waren in dem Beobachtungsjahr $^2/_3$ der Todesfälle bei Ernährungsstörungen auch durch E.M. nicht zu verhindern. Die Mehrzahl dieser Fälle stirbt bereits in der ersten Woche der Behandlung, 25 von 33; dies ist schätzungsweise auch unter anderer Therapie bei diesen Fällen zu erwarten.

Konfrontiert man die Mortalitätszahlen des Br.-Jahres mit denen des E. M.-Jahres, so fällt ihre Übereinstimmung auf. Bei annähernd gleichartigem Krankenmaterial starben in beiden Jahren ca. 60 $^0/_0$ der für die Behandlung ausgesuchten Kinder unter 1 Jahr; bei 37 Br.-Kindern 20 Todesfälle, bei 51 E.M.-Kindern 33 Todesfälle. Von den Todesfällen erfolgt zwischen 70—80 $^0/_0$ schon in der ersten Woche: 14 von 20 Todesfällen bei Br., 25 von 33 Todesfällen bei E.M. Es erweisen sich demnach in diesen beiden für die Mortalität wesentlichen Punkten die Br. und E.M. gleich ohnmächtig. Grätzer.

R. Lederer und **K. Stolte,** Zur Frage der psychischen Beeinflussung der Herzaktion. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Straßburg.) (Ebenda.) Herzgeräusche, die im Verlaufe eines Scharlachs auftreten, sind durch psychische Einflüsse zum Verschwinden zu bringen.

Beim Scharlach tritt auch nach der Entfieberung in ungefähr 70 $^0/_0$ der Fälle eine Veränderung der Herzaktion auf, die in Leiser- und Dumpferwerden, event. Verschwinden einzelner Töne, Auftreten von Geräuschen, Bradykardie, Tachykardie und Arrhythmie, schließlich auch in nachweisbarer Dilatation bestehen. Die Erscheinungen verschwinden in der Regel spurlos in der Rekonvaleszenz. Als Ursache dieser Symptome lassen sich nach Angabe der Literatur weder anatomische noch nach der Verff. eigenen Untersuchungen chemische Veränderungen des Organs finden; vielmehr haben Verff. Grund zur Annahme, daß es sich um eine Herabsetzung des Tonus von Herz und Gefäßen handelt. Durch Erhöhung des peripheren Druckes gelingt es, das Herzgeräusch zum Verschwinden zu bringen. Das Interessante ist nun, daß nicht nur mechanische Momente, wie Hochheben der Extremitäten oder Kompression der Bauchaorta, und sensible Reize (Faradisation), sondern auch psychische Erregungen den peripheren Druck erhöhen. So konnten Verff. beobachten, daß bei manchen

Kindern, die sich auch sonst als psychisch sehr labil kennzeichneten, das Herzgeräusch verschwand, sobald sie nur den Faradisationsapparat, mit dem sie schon ein oder das andere Mal Bekanntschaft gemacht hatten, zu Gesicht bekamen. In anderen Fällen genügte ein hartes Wort oder eine Drohung, um das Geräusch für kurze Zeit verschwinden zu lassen, ganz ebenso, wie es mit Regelmäßigkeit durch die oben genannten Eingriffe zu erreichen war.

In diesem kleinen Experiment kommt nur die psychische Komponente in Betracht, und man ist imstaude, den Effekt dieses psychischen Traumas mit dem Stethoskop zu verfolgen. Damit ist also festgestellt, daß Herzgeräusche psychisch beeinflußt werden können, und es ist somit der Schluß gerechtfertigt, daß bei extrem sensiblen Individuen es infoge von schweren psychischen Traumen zum plötzlichen Versagen der Herzaktion und damit zum „unerwarteten" Herztod kommen kann. Grätzer.

S. Weiß, Metastasierendes Angiokavernom als Todesursache. (Aus der Säuglingsheilstätte in Straßburg.) (Medizin. Klinik. 1911. Nr. 33.)

Der Säugling wies eine Reihe kongenitaler Mißbildungen und mehrere Teleangiektasien in Gestalt von Muttermälern auf.

Außer diesen Abnormitäten fiel am Rücken rechts neben der Spitze der Scapula eine etwa haselnußgroße Erhebung der Haut auf, hervorgerufen durch einen auf der Unterlage festsitzenden, doch von der Haut deutlich getrennten kleinen Tumor.

In der vierten bis fünften Woche bemerkte man eine allmähliche Größenzunahme der kleinen Geschwulst in der rechten Skapularlinie, und an einzelnen Stellen des Rumpfes erschienen stecknadelkopfgroße, erhabene, zirkumskripte Rötungen in der Haut. Als man am 14. Februar — gegen Ende der sechsten Woche — das Kind morgens auswickelte, war über Nacht der größte Teil des Rumpfes, besonders die Glutäalgegend sowie Scrotum und untere Extremitäten, wie besät mit diesen punktförmigen Effloreszenzen in verschiedener Größe; zum Teil lagen sie auch noch als bläulich schimmernde Knötchen unter der Haut. In den nächsten Tagen begann nun ein rapides Wachstum sowie Vermehrnng der Effloreszenzen: sie durchbrachen, wenn sie eine bestimmte Größe erreicht hatten, die Haut und entwickelten sich wieder zu beerenförmigen bis erbsengroßen, leicht blutenden Anhängen, welche schließlich von selbst, wie reife Früchte vom Baum, unter meist nur mäßiger Blutung abfielen, während an der Haut nur eine bläulich pigmentierte Stelle zurückblieb, die auch schließlich wieder normalem Aussehen Platz machte. Dieser merkwürdige Zustand dauerte so wochenlang an, ohne daß — abgesehen von zunehmender Blässe wegen des chronischen Blutverlustes — sich der Allgemeinzustand des Kindes irgendwie änderte: der Appetit und die Verdauung blieben gut, die Gewichtskurve stieg gleichmäßig weiter an, und das Kind lag und spielte ruhig wie zuvor.

Mitte Juni etwa ließ die Produktion neuer Knötchen allmählich nach, die noch vorhandenen fielen ab, und nach weiteren vier Wochen konnte man an der Haut nur noch durch abnorme Pigmentation an einzelnen Stellen den ehemaligen Sitz derselben feststellen.

Das Gesicht und die Brust waren übrigens fast ganz von ihnen verschont geblieben. In der Zeit der plötzlichen Aussaat der beschriebenen Knötchen war auch eine Veränderung mit dem am Rücken befindlichen Tumor und an allen den Stellen vor sich gegangen, wo sich die kongenitalen Teleangiektasien befanden. Die Haut im Gebiete der letzteren bekam nämlich eine polsterartige Beschaffenheit, die das Gefühl einer Pseudofluktuation darbot, und über dem rasch wachsenden und weicher werdenden Tumor gewann sie eine zunehmend bläulich schimmernde Färbung. Zugleich entstanden gleichartige Tumoren am Ellenbogen rechts und in der Kreuzbeingegend. An letzterer Stelle wurde eine Probeexzision vorgenommen und ein kaffeebohnengroßes, blaßrotes Knötchen herausgeschält von der Art der aus der Haut herausgewachsenen. Es wurde zusammen mit einem solchen im Pathologischen Institut untersucht und von Prof. Chiari auf Grund der mikroskopischen Untersuchung als „Tumor cavernosus" bezeichnet.

In den kommenden Wochen ging auch mit dem am Rücken befindlichen Tumor eine regressive Metamorphose vor sich: er verkleinerte sich zusehends, so daß man ihn später nur noch mit Mühe erkennen konnte. Dafür begann nun die Gegend im Gebiet der rechts axillar gelegenen oben beschriebenen Teleangiektasie mehr und mehr prominent zu werden. Sie behielt auch im Ruhezustande des Kindes eine tiefdunkelblaurote Färbung, und ein Netzwerk von bläulich schimmernden Adern durchzog die Haut der näheren Umgebung, während ein Fluktuationsgefühl immer deutlicher zutage trat. Die Blässe des Kindes hatte inzwischen stets zugenommen, der Hämoglobingehalt des Blutes war auf 50% gesunken.

In der zweiten Woche des Juli veränderte sich die palpatorische Beschaffenheit der Anschwellung in der rechten Axillargegend. Es bildete sich eine harte, pralle Geschwulst aus, welche schließlich in einem Umfang von Handtellergröße über die Umgebung prominierte.

Da zugleich ein Temperaturanstieg bis auf 38,3° erfolgte, wurde eine Abszeßbildung als möglich angenommen und, obwohl keine Rötung und Erweichung zu konstatieren war, an verschiedenen Stellen im Gebiet des Tumors punktiert. Das Ergebnis war eine spärliche seröse Flüssigkeit oder Blut, nirgends eine Spur von Eiter. Die Temperatur stieg inzwischen bis auf 40°, um nur vorübergehend durch kalte Packungen oder Bäder abzusinken. Die Spannung der Haut wurde immer größer und jetzt auch das Allgemeinbefinden gestört, indem Appetitlosigkeit, Unruhe und Schlaflosigkeit sich einstellten. Es wurden deshalb am 18. Juli, obwohl eine nochmalige Punktion ebenso ergebnislos verlaufen war, an drei Stellen tiefe Inzisionen in den Tumor gemacht; doch zeigte sich nirgends eine Eiterung, kam auch kein Blut. Die Inzisionsstellungen wurden drainiert, die Wunden feucht verbunden.

In den nächsten Tagen trat an den Inzisionsstellen eine äußerliche Vereiterunng auf, vielleicht auf den Umstand zurückzuführen, daß die Wunden vor einer Benetzung mit Urin und Fäzes nicht geschützt werden konnten.

Während trotz aller Maßnahmen der Tumor weiter wuchs, so daß er sich schließlich von der rechten Mamillarlinie bis zur hinteren Axillarlinie erstreckte, trat Ende Juli eine ödematöse Anschwellung der rechten Hand auf, die allmählich proximal aufsteigend, den ganzen Arm ergriff und durch Hochlagerung sowie Massage nicht beeinflußt werden konnte.

Das Kind wurde deshalb, um die Schmerzen zu betäuben, andauernd unter Bromwirkung gehalten, bis es schließlich am 3. August, gerade 7 Monate alt, an Entkräftung zugrunde ging.

Es läßt sich hier bei der ganzen Art der Entstehung der beschriebenen Tumoren die Annahme nicht von der Hand weisen, daß wir es in diesem Falle mit einem zu ausgedehnter Metastasierung neigenden, sonst aber gutartigen Angiokavernom zu tun haben, welches dennoch durch die besondere Art seiner Entwicklung und durch seine Lokalisation schließlich den Tod des davon Befallenen herbeigeführt hat. Als primärer Tumor wäre dann die schon bei Geburt vorhandene kleine Geschwulst im Rücken anzusehen.

Ein Einfluß auf das Allgemeinbefinden des Kindes war nur insofern ausgeübt worden, als der, wenn auch geringe, so doch andauernde Blutverlust zu einer äußerst stark ins Auge fallenden Anämie führt, sich auch bei der Sektion in der Anämie aller inneren Organe manifestiert. Ob das späterhin einsetzende Fieber mit dieser Anämie in Zusammenhang steht oder durch den großen axillar gelegenen Tumor ausgelöst wird, muß dahingestellt bleiben, doch muß an der Tatsache jedenfalls festgehalten werden, daß das Fieber schon vorhanden war, bevor die Punktionen und Inzisionen vorgenommen wurden, bevor also die eitrige Infiltration einsetzte. Der schließliche tödliche Ausgang ist gewiß durch die zuletzt vorhandene Phlegmone beschleunigt worden, wäre jedoch bei dem durch Blutverlust hoch-

gradig geschwächten und infolge der Schmerzen die Nahrung schließlich verweigernden Kind auch ohnedies nicht zu vermeiden gewesen.

Grätzer.

F. Baum (Rogasen), (Bz. Pos.), Die primäre Ohrspeicheldrüseneiterung des Säuglings und deren Behandlung. (Zentralblatt f. die gesamte Therapie 1911. Nr. 7.) Bei dem von B. beobachteten Fall handelte es sich um das fünfte Kind angeblich gesunder Eltern. Das erste Kind lebt und hat Hutchinsonsche Zähne, die drei folgenden Kinder starben kurz nach der Geburt, das vierte Kind infolge von Hydrozephalus. Die Mutter des 14 Tage alten Säuglings erzählte, es sei ihr von Anfang an aufgefallen, daß das Kind schlecht die Brust nimmt. Beim ersten Besuche fand B. eine starke Schwellung und Rötung der ganzen Mundschleimhaut, vereinzelte Papeln auf der Zunge und dem weichen Gaumen. Die rechte Parotisgegend war stark geschwollen. Bei Druck auf dieselbe entleerte sich seröse Flüssigkeit aus der Mündung des Ductus Stenonianus. An der Diagnose war also nicht zu zweifeln. Außerdem fand sich an den Streckseiten der Extremitäten, auf Handtellern und Fußsohlen ein papulöses Exanthem. Angesichts der hohen Mortalitätsziffer verzichtete B. auf die übliche, sonst vorgeschlagene Behandlung (regelmäßiges Auspressen der Drüse), sondern suchte durch heiße Leinsamenumschläge die Abszedierung zu beschleunigen und inzidierte am nächsten Tage breit. Nach Entleerung von etwa 150 g Eiters, der hauptsächlich Staphylokokken, vereinzelte Streptokokken enthielt, und 4 tätiger Tamponade heilte der Abszeß vollständig aus. Das Kind, welches wieder zunimmt, wird weiter antiluetisch behandelt und ausschließlich mit Frauenmilch ernährt. B. führt den günstigen Verlauf des Falles auf die rein chirurgische Behandlung zurück. Durch allzuhäufiges Herumdrücken an der vereiterten Drüse wird die Gefahr der Pyämie wohl nur vermehrt, ganz abgesehen davon, daß trotz noch so starken Ausdrückens eine völlige Entleerung durch den engen Ductus Stenonianus nur selten erzielt wird. Die Infektion erfolgte in diesem Falle vom Munde aus. Das Kind hatte bereits vor der Vereiterung der Parotis eine Stomatitis. Ein abnorm weites Orificium des Stenonschen Ganges ist B. nicht aufgefallen.

Grätzer.

W. Klink (Berlin), Kühlhaltung der Säuglingsmilch. Entfettung der Säuglingsmilch. (Therapie d. Gegenwart, September 1911.) Eine sehr empfehlenswerte, nach dem Eisschrank die beste, vor allem aber die einfachste und billigste Vorrichtung zur Kühlhaltung ist die Kühlkiste. Sie hat noch den großen Vorteil, daß man sie als Kochkiste verwenden kann, wenn sie als Kühlkiste nicht mehr gebraucht wird.

K. verwendet die Kühlkiste schon seit Jahren und läßt sie von zahlreichen Müttern verwenden und hat nie ein Verderben der Milch erlebt.

Die Behandlung ist die denkbar einfachste. Die Kiste ist billig, kostet keine Unterhaltungskosten, und die Temperaturzunahme beträgt in 12 Stunden im Mittel 1,5° bis 2°, also sie steigt auf 13° bis 14°, ausnahmsweise etwas höher, die Temperatur des Kühlwassers mit

11° bis 12° angenommen. Jeder kann sich die Kiste selbst herstellen: Eine Kiste wird auf dem Boden 10 cm hoch mit Heu oder Seegras, Papier, Holzwolle, feinen Hobelspänen oder einem andern schlechten Wärmeleiter bedeckt. Darauf wird der Topf gestellt und der Zwischenraum zwischen ihm und der Kistenwand, der an den schmalsten Stellen 10 cm betragen muß, mit demselben Isolierungsmaterial fest ausgestopft. Der Topf wird geschlossen. Darauf kommt ein Deckel von 10 cm Dicke, gebildet aus einem Sack, der mit dem Isoliermaterial gefüllt ist und die ganze Kiste abschließt. Den obersten Abschluß bildet ein fest schließender Holzdeckel. Der Topf kann aus Metall oder Stein bestehen und muß 6 Milchflaschen aufnehmen können. Am besten sind die Griffe umlegbar, wie in den Kochkisten. (Eine fertige Kühlkiste mit einem großen Topf, der sogar die gewöhnlichen großen Strichmilchflaschen aufnimmt, liefert Apotheker Noack, Wilmersdorf, Kaiserplatz 13, für 10 Mk.) Man geht am besten so vor: Die Milch wird gekocht, sofort unvermischt oder mit der nötigen Zusatzflüssigkeit auf die 5 bis 6 Tagesflaschen verteilt, die vorher mit heißem Sodawasser und klarem Wasser ausgespült sind. Im Hochsommer läßt K. die Flaschen noch wöchentlich ein- bis zweimal auskochen. Die Flaschen werden dann mit Gummihütchen geschlossen, die ebenfalls zwei- bis dreimal wöchentlich ausgekocht, sonst in 3%iger Borsäurelösung aufbewahrt werden, und im Kistentopf $^1/_2$ Stunde unter der langsam fließenden Wasserleitung gekühlt. Dann wird der ganz gefüllte Topf mit den Flaschen in die Kiste gebracht. Das Wasser wird nach 12 Stunden erneuert, nachdem man die Wasserleitung eine Minute lang kräftig ablaufen ließ. Bei Entnahme einer Flasche muß die Kiste natürlich schnell wieder geschlossen werden. Wer so verfährt und die Flaschen nach der Benutzung sofort gründlich ausspült und mit Wasser gefüllt aufhebt, wird kein Verderben der Milch erleben. Die Flaschen können ruhig vom Wasser überdeckt werden; die Gummihütchen schließen dicht. Natürlich kann man die Flaschen auch mit der ungekochten Milch füllen, schließen und in dem Kistentopf sterilisieren oder pasteurisieren und danach abkühlen und aufbewahren. Je mehr kaltes Wasser und je weniger Luft in dem Topf ist, desto besser sind die Resultate.

K. gibt noch ein einfaches Verfahren zur Entfettung der Säuglingsmilch. Am gründlichsten wird die Milch natürlich mit der Zentrifuge entfettet, aber für den kleinen Haushalt kann man sich keine Zentrifuge anschaffen, und die im Handel käufliche Magermilch hat bekanntlich viele Schattenseiten, wovon vor allem der große Keimgehalt zu nennen ist. Gewöhnlich wurde die Entfettung im Haushalt so vorgenommen, daß die Milch in eine flache Schlüssel gegossen und kaltgestellt wird und dann nach einigen Stunden der oben sitzende Rahm abgeschöpft wird. Besser und einfacher erreicht man dies mit dem gewöhnlichen Glasirrigator, der unten sich verjüngt und an der tiefsten Stelle in der Mitte des Bodens den Ausfluß hat. An dem Ausfluß wird ein Stückchen Gummischlauch angebracht, das durch eine Schlauchklemme geschlossen wird. Die Milch wird in den Irrigator gefüllt und kaltgestellt. Nach zwei bis drei Stunden öffnet man die Schlauchklemme und läßt die Milch langsam ablaufen. Die ersten

paar Eßlöffel gießt man weg, denn sie enthalten den sedimentierten Schmutz; dann läßt man laufen, bis der Rahm, der immer obenauf schwimmt, unten angekommen ist. Dann schließt man und behält den Rahm im Irrigator zurück. K. läßt die Milch bei Kindern, die kein Milchfett vertragen, immer so entrahmen und hat recht gute Erfolge dabei gesehen. Die Untersuchungen mit dem Marchandschen Lactobutyrometer ergaben folgende Zahlen: Nach 2 Stunden 1,95 % Fettgehalt, nach $2^1/_2$ Stunden 1,54 %, nach 4 Stunden 13 %; bei Abkühlung im Eisschrank geht die Rahmabscheidung schneller vor sich. Die Ergebnisse der Abschöpfung des Rahmes waren schlechter.

Grätzer.

Ernst Fritsche, Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Fettembolie mit spezieller Berücksichtigung prophylaktischer und therapeutischer Vorschläge. (Zeitschr. f. Chirur. Bd. 107. Heft 4—6. S. 456.) Im Anschluß an einen von Wilms operierten Fall, in welchem ca. 20 Stunden nach einer Radiusfraktur die Symptome einer Fettembolie auftraten (leichtes Koma, erhöhte Respirationsfrequenz, leichter Husten und Fieber bis 37,9°) und in dem die Eröffnung des Ductus thoracicus im Halsteil vorgenommen wurde, ausgehend von der Annahme, daß in diesem Falle die Fettembolie auf dem Lymphwege zustande gekommen sei, daß der Organismus durch Ableitung des Chylus vor weiterer Überschwemmung mit Fettpfropfen bewahrt werden könne, stellte sich Verf. die Aufgabe, im Tierexperiment den Fetttransport aus dem Knochenmark in die Lungen zu studieren. Die Embolien wurden auf zwei Arten erzeugt, einmal durch Anbohren von Röhrenknochen (meistens der Tibia) und Zerstörung des Knochenmarks mit einem Metalldraht; Frakturen wurden nur wenige zur Erzeugung der Embolie benutzt. Ferner beklopfte man nach dem Vorgange Ribberts die Tibia an ihrer Vorderfläche mit 24—36 kurzen Stockschlägen unter Vermeidung von Weichteilquetschungen und Erschütterung der übrigen Körperteile. Um den venösen Rückfluß aus der verletzten hinteren Extremität möglichst vollständig aufzuheben, wurde neben der Vena iliaca communis der betreffenden Seite immer auch die Vena sacralis media, welche besonders bei Kaninchen stark entwickelt ist, unterbunden. In mehreren Fällen wurden auch die Vena epigastrica inferior und Vena spermatica der betreffenden Seite ligiert. Die Tiere wurden meistens schon nach 3—4 Stunden getötet, nur vereinzelte wurden 18—24 Stunden am Leben erhalten. Verf.'s Untersuchungen wurden an 25 Tieren, 20 Kaninchen und 5 Hunden ausgeführt. Es konnte durch die Experimente nachgewiesen werden, daß bei blutigen Knochenverletzungen das Fett in die Knochenvene aufgenommen wird und auf diesem Wege zur Fettembolie führt. Bei bloßen Erschütterungen des Knochensystems ist es jedoch vornehmlich, in reinen Fällen sogar ausschließlich der Lymphweg, welcher den Transport von Fett aus dem Knochenmark in den Kreislauf vermittelt. In diesen Fällen kann wohl durch die Drainage des Ductus thoracicus prophylaktisch etwas geleistet werden, wenn die Operation kurz nach dem Auftreten deutlicher Spuren von Fettembolie ausgeführt wird. Der Eingriff ist einfach,

und die Gefahr einer langdauernden Chylorrhoe ist durch spätere Ligatur des Ductus zu vermeiden; die große Zahl von Anastomosen des Milchbrustganges vor seiner Einmündung in das Venensystem ermöglicht die rasche Ausbildung eines Kollateralkreislaufs. Immerhin wird diesem operativen Vorgehen ein enger Wirkungskreis beschieden sein, da sich durch die Schwierigkeit der Diagnose einer beginnenden Fettembolie und durch das relativ seltene Vorkommen reiner Fälle von auf dem Lymphwege entstandener Fettembolie große Hindernisse in den Weg stellen. Joachimsthal.

Lemke, Ein Beitrag zur Frage der Bekämpfung von Diphtherieepidemien mit Hilfe von Schutzimpfungen. (Vierteljahrschr. f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. 41. Heft 2. 1911.) Wie schon der Titel sagt, kommt Verf. zu Schlüssen, die den in der vorigen Arbeit niedergelegten Erfahrungen direkt entgegengesetzt sind. In einer auch ziemlich heftig einsetzenden Stadtepidemie bewährte sich die prophylaktische Serumanwendung, die sofort allgemein eingeleitet wurde, außerordentlich. Die Verschiedenheit der gewonnenen Erfahrungen dürfte in der Verschiedenheit der bestehenden Verhältnisse in den beiden Krankheitsherden begründet und die bedeutsame Schlußfolgerung gestatten, daß auch in der Seuchenbekämpfung individuelle Erforschung der Maßnahmen einem allgemeinen Schematismus vorzuziehen ist. Nothmann.

J. Schütz (Marienbad), Über prozentualen und absoluten Salzsäuregehalt des Mageninhaltes und seine Bedeutung für die Funktionsprüfung des Magens. (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 17. Heft 2. S. 119. 1911.) Für die Funktionsprüfung des Magens ist die bloße Expression mit nachfolgender Bestimmung der prozentualen HCl-Werte in vielen Fällen ganz ungenügend. Um das Maximum dessen, was sich mittels Sonde bezüglich der Magenfunktion derzeit erfahren läßt, zu ermitteln, ist zum mindesten eine genaue Rückstandsbestimmung und Berechnung der absoluten HCl-Werte neben den prozentualen notwendig. Auf diese Weise ließ sich u. a. zeigen, daß Fälle von Hyperazidität zum mindesten in 2 Gruppen zerfallen, in solche mit niedrigen absoluten Werten bei geringen Rückstandsmengen (Hyposekretion mit Hypermotilität?) und in solche mit hohen absoluten HCl-Werten bei normalen oder vermehrten Rückstandsmengen.

Es wird vorgeschlagen, die absolute HCl-Menge in HCl-Einheiten auszudrücken, wobei als HCl-Einheit 1 cm^3 $\frac{n}{10}$ HCl bezeichnet wird.

Nothmann.

F. Engelmann (Dortmund), Die Sauerstoffdruckatmung zur Bekämpfung des Scheintodes Neugeborener. (Zentralbl. f. Gynäkologie. 1911. Heft 1.) Verf. hat einen einfachen transportablen Apparat konstruiert und in der Dortmunder Frauenklinik „Dudenstift" mit Erfolg erprobt, dessen Vorzüge er am Schlusse seiner ausführlichen Beschreibung folgendermaßen zusammenfaßt:

Die Sauerstoffdruckatmung mit unserm Apparat ist der alten Methode der Lufteinblasung und künstlichen Sauerstoffzufuhr über-

legen; denn sie gestattet 1. eine gleichmäßige, beliebig lange Zufuhr von Sauerstoff unter einem genau meßbaren Druck und macht 2. die nicht ungefährliche und oft schwierige Katheterisierung der Trachea überflüssig. Der angewandte Druck soll 2 cm Wasser nicht übersteigen und lieber darunter bleiben. Die Sauerstoffdruckatmung kann schon jetzt für alle die Fälle von Asphyxie empfohlen werden, bei denen die Schultzeschen Schwingungen kontraindiziert sind, nämlich bei Frühgeburten, bei Asphyxie infolge von Hirnblutung und bei Komplikationen mit gewissen Knochenbrüchen. Weitere Versuche müssen lehren, ob der von uns gewonnene Eindruck richtig ist, daß die Sauerstoffdruckatmung auch in andern Fällen von Asphyxie der bis jetzt üblichen Methode der Wiederbelebung überlegen ist. Jedenfalls erfüllt der neue Apparat in einfachster und ausgiebigster Weise die beiden wichtigsten Forderungen einer rationellen Wiederbelebungstherapie, nämlich 1. die Entfaltung der Lungen und 2. die Zufuhr von Sauerstoff. Wegscheider.

R. Hofstaetter, Über Parotitis suppurativa im Säuglingsalter. (Gynäkologische Rundschau. 1910. Heft 15.) Bericht über 7 Fälle von eitriger Parotitis bei Säuglingen, von denen 6 Frühgeburten waren. 3 Kinder starben; die meisten waren Erstlinge. Als Ursache vermutet H. ein Trauma, dergestalt, daß bei der Entwicklung der Schultern durch zu plumpes Anfassen des kindlichen Kopfes Quetschungen der Parotis entstehen. Ferner glaubt H., daß bei den unreifen, frühgeborenen Kindern die sekretorische Funktion der Mundspeicheldrüsen noch nicht jenen Grad erreicht hat, der bei ausgetragenen Kindern durch den Säftestrom selbst eine Infektion dieser Organe verhüten hilft. Wegscheider.

A. Bornstein, Die Erregbarkeit des Atemzentrums, besonders bei Epileptikern. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 29. Heft 5. 1911.) Bei 5 daraufhin untersuchten Epileptikern fanden sich ganz erhebliche Schwankungen in der Erregbarkeit des Atemzentrums, Schwankungen, welche die normalerweise vorkommenden ganz beträchtlich überschreiten, und zwar handelt es sich immer um eine Herabsetzung der Erregbarkeit. Diese Schwankungen stehen aber nicht in deutlich erkennbaren Beziehungen zu den epileptischen Anfällen. Sie sind eine weitere Stütze für die Binswangersche Epilepsietheorie, wonach die Natur der epileptischen Veränderung in einer ganz besondern Form abnormer Erregbarkeitszustände der Gehirnzentren zu suchen sei, und wonach zum Zustandekommen der Konvulsion eine intensive und im Beginn der Krämpfe einsetzende Miterregung der intrakortikalen motorischen Zentralapparate (Stammganglien, Vierhügel, Brücke, Medulla oblongata) durchaus notwendig ist. Sie beweisen, daß in der Tat eine epileptische Veränderung in der Medulla oblongata existiert und daß nicht nur die kortikalen Ganglien an der epileptischen Veränderung beteiligt sind.

Kurt Mendel, Berlin.

Hilbert, Zur Kenntnis der sekundären Impfverletzungen des Auges. (Zentralbl. f. Augenheilk. März-Heft 1911.) Bislang sind — seltsamerweise — überhaupt nur etwa 50 Fälle von Impferkran-

kungen des Auges publiziert. Und doch ist die Zahl dieser zufälligen oder sekundären Vakzination des Auges sicherlich recht groß; ich verfüge z. B. über 5 oder 6 Fälle aus meiner Praxis. Es sollten daher nur solche Erkrankungen veröffentlicht werden, die in irgend einer Weise etwas Besonderes bieten, auch die — selteneren — Selbstinfektionen Geimpfter. Sommers (Zittau.)

Adam, Klinische und statistische Mitteilungen über das Gliom. Vortrag, gehalten in der Berliner ophthalm. Gesellschaft. (Zentralbl. f. Augenheilk. August 1910.) A. hat sämtliche — 47 — Fälle zusammengestellt, die in den letzten 20 Jahren in der Univ.-Augenklinik Berlin operiert worden sind.

Aus der Verwertung der Resultate lassen sich folgende Sätze ableiten:

Solange das Gliom auf die Bulbuskapsel beschränkt bleibt, ist bei zeitiger Enukleation die Prognose günstig; sowie es aber den Bulbus verlassen hat, ist die Prognose absolut infaust.

Sobald ein Rezidiv auftritt, ist der Tod des Kindes unvermeidlich.

Für die beiden ersten Stadien ist die Enukleation mit Resektion des Sehnerven, für das dritte die Exenteratio orbital die geforderte Operation. Sommers.

Imhofer, Beiderseitige angeborene Gehörgangsatresie und angeborenes Kolobom der Augenlider. (Passows Beitr. Bd. 4. S. 62.) Gehörgangsatresien sind nicht allzu selten, interessant und bisher noch nicht beschrieben ist die Kombination der Mißbildung des Ohres mit einer solchen des Auges. Für die Koinzidenz und Korrelation dieser beiden Entwicklungsstörungen spricht der Umstand, daß sowohl auf dem rechten Auge, wie auf dem rechten Ohre die Entwicklungshemmung weniger weit gediehen ist. Eine genaue Hörprüfung konnte bei dem 1 1/2 Jahre alten Kinde nicht vorgenommen werden, jedoch schien etwas Gehör vorhanden zu sein, eine Tatsache, der auch die Struktur nicht widerspricht. Eine eventuelle Operation zur Freilegung des Antrums und zur eventuellen Hörverbesserung kommt nach dem Verf. erst nach der Pubertät in Betracht. A. Sonntag (Berlin.)

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

K. Hochsinger, Fazialisphänomen und jugendliche Neuropathie. (Wiener klin. Wochenschr. 1911. Nr. 43.) Praktisch wichtige Schlußergebnisse der Arbeit:

1. Das isolierte Fazialisphänomen bei älteren Kindern und Jugendlichen hat unter allen Umständen eine pathologische Bedeutung;

2. es ist das sinnfällige Symptom einer angeborenen neuropathischen Konstitution, welche sich bei den Eltern, insbesondere den Müttern durch das sehr häufig vorhandene gleiche Phänomen in Verbindung mit funktionellen Neurosen zu erkennen gibt;

3. das isolierte Fazialisphänomen ist ein Hauptattribut der psychischen Übererregbarkeit und Nervosität der Jugendepoche und haftet fester beim weiblichen als beim männlichen Geschlechte;

4. jugendliche Nervosität und infantile Übererregbarkeit, bzw. Spasmophilie der Säuglinge, gehören genetisch zusammen und beruhen in letzter Linie auf hereditärer neuropathischer Veranlagung. Grätzer.

R. Köhler, Vakzinediagnostik und -therapie bei gonorrhoischen Affektionen. (Aus der Gynäkol. Abteil. d. k. k. Krankenhauses Wieden in Wien.) (Wiener klin. Wochenschr. 1911. Nr. 45.) Benutzt wurde das von der Chem. Fabrik Schering hergestellte „Arthrigon". Diagnostisch erwies sich das Präparat in gewissen Fällen als nützlich, die therapeutischen Resultate aber waren wenig zufriedenstellend. Unter den Behandelten befanden sich auch einige Kinder mit Vulvovaginitis. Grätzer.

M. Pincherle, Klinisch experimentelle Untersuchung über die lordotische Albuminurie. (Riv. di Clin. ped. Juli 1911.) Nach den ca. 100 Fälle umfassenden klinischen Untersuchungen des Verf.s ist die Lordose ohne jeden Zweifel ein sehr wichtiger Faktor bei der Albuminurie im Kindesalter. Die spontane Lordose der oberen Lendenwirbelsäule ruft allerdings nur ganz inkonstant Albuminurie hervor, und zwar ohne jeden Parallelismus mit dem Grade der Lordose; in einigen derartigen Fällen vermochte nicht einmal eine künstliche Steigerung der Lordose Albuminurie zu erzeugen. Umgekehrt bewirkt sonst bei Kindern meist schon eine geringe künstlich erzeugte Lordose, sowohl in vertikaler wie horizontaler Stellung, eine Reaktion von seiten der Niere, eine geringe meist bei Normalen, eine stärkere oder gar ganz hochgradige bei dazu Disponierten (wie schweren Nephritiden, Infektionskrankheiten, Tuberkulose usw.); gekennzeichnet ist sie durch Oligurie, Albuminurie und Auftreten von Formelementen. Hie und da reagieren auch andere Teile der Harnwege auf das lordotische Trauma, und da es gewöhnlich an sich schon minderwertige Elemente sind, die auf das Trauma reagieren, so dient letzteres gewissermaßen als agent provocateur und kann direkt diagnostische Bedeutung erlangen. In typischen Fällen von orthotischer Albuminurie kann die Lordose schwere Nierenerscheinungen mit Auftreten von vorher fehlenden Nierenelementen bewirken. Andere Deviationen der Wirbelsäule, seien sie spontan vorhanden oder künstlich herbeigeführt, rufen gewöhnlich keine Albuminurie hervor. Andere mechanische Faktoren, wie Zerrungen und Druck durch Koprostase, Tabes mesaraica, adhäsive Peritonitis, beeinflussen das Zustandekommen der lordotischen Albuminurie nicht deutlich.

Verf. suchte die Frage der lordotischen Albuminurie weiter durch Tierversuche zu klären. Bei Tieren eine dauernde Lordose der Lendenwirbelsäule zu erzeugen, gelang nicht. Eine durch Apparate erzeugte zeitweilige Lordose bewirkte bei Hunden und Kaninchen stets das Auftreten von Eiweiß, entsprechend dem Grade der erzielten Lordose. Bei länger dauernder Lordose scheint die Niere des Tieres sich anzupassen und nicht mehr auf den dauernden Reiz zu reagieren. Die Reaktion wird durch vertikale Stellung deutlich verstärkt. Offenbar

handelt es sich dabei in erster Linie um eine Störung des Nierenblutkreislaufs durch mechanische Faktoren; doch scheinen reflektorische vasomotorische Vorgänge dabei mitzuspielen. Bei Wiederholung des Versuches wird manchmal die Reaktion von seiten der Nieren eine intensivere, und es kommt zu entzündlichen und degenerativen Prozessen in den Nieren; eine verminderte Widerstandskraft der letzteren dürfte dabei mitspielen. Thoraxfixation und Anlegung des Apparates während der Verdauung riefen eine verstärkte Reaktion hervor. Auch an der Mucosa der Blase lassen sich Veränderungen bei diesen Experimenten nachweisen.

M. Kaufmann (Mannheim).

G. B. Allaria, Untersuchungen über Wirkungen der trockenen Schwitzbades bei Kindern mit Nephritis. (Pediatria, Juni 1911.) Die Untersuchungen beziehen sich auf 15 Kinder, 13 mit akuter und 2 mit chronisch parenchymatöser Nephritis. Der verwendete Apparat war ein ganz einfacher Heißluftapparat; die Dauer des Schwitzbades belief sich auf $^1/_2$—$1^1/_2$ Stunden. Die erreichten Temperaturen (bei im ganzen 64 Applikationen) hielten sich 12 mal unter 40°, erreichten 24 mal 44°, 24 mal 49°, 2 mal 50° und 2 mal 55°. Es ergab sich, daß derartige trockene Schwitzbäder bei ödematösen Nephritiskindern wesentlich besser wirken als lokale heiße Prozeduren (elektrischer Thermophor). Sie wurden von den Kindern immer gut ertragen; die Temperatur der Kinder erhob sich nie zu schädlicher Höhe (Erhöhung in Fällen um 0,1—0,5°, in 6 Fällen um 0,6—1°, in 4 Fällen um 1—1,5°). Die Bäder wirkten beruhigend auf die nervösen Erscheinungen und günstig auf den Blutdruck, indem sie ihn bei Hypotension etwas erhöhten, bei Hypertension oft ganz beträchtlich herabsetzten. Es ist anzunehmen, daß diese Ableitung auf die Haut günstig auf die Entzündung der Niere einwirkte, und daß die Diaphorese die Elimination von Stoffen und die Entgiftung förderte; letztere war meist sehr bedeutend bei den günstiger gelagerten Fällen, gering oder fehlend bei Fällen mit schlechter Prognose; in solchen konnte man förmlich an ein dem Versagen der Nierenfunktion parallel gehendes Versagen der Schweißdrüsensekretion denken. In $^4/_5$ der Fälle kam es zu Gewichtsverlusten, deren Mittel etwa $^1/_2$ Pfd. betrugen, eine für Kinder ganz beträchtliche Menge; durch den Wasserverlust und die Hauthyperämisierung wurde der Blut- und Lymphkreislauf der ödematösen Partien gebessert, und damit die Aufsaugung und Ausscheidung der Ödeme gefördert, wenigstens in den zur Besserung neigenden Fällen. Im Harn fand sich Erhöhung der molekularen Konzentration, der Kochsalz- und Harnstoffausscheidung; wo die Wasserausscheidung sehr bedeutend war, waren diese günstigen Erscheinungen oft verdeckt. Oft kam es zur Verminderung des blutigen Sediments. Im Blut fand sich eine Erhöhung der osmotischen Konzentration nur in Fällen von Hydrämie und gelegentlich solchen von normaler Konzentration; in dem einzigen Fall von Hyperosmose wurde diese gebessert; eine theoretisch mögliche gefährliche Steigerung der Konzentration kam nie zur Beobachtung. Auch der Eiweißgehalt des Serums und die Erythrozytenzahl gingen meist herunter als Zeichen des Eindringens von viel Flüssigkeit und Blut. Zusammenfassend

läßt sich jedenfalls sagen, daß bei den Fällen akuter Nephritis (weniger bei den chronischen Fällen) die trockenen Schwitzbäder sich als sehr nützlich erweisen. M. Kaufmann (Mannheim).

A. Jovane, Blutung in die Nebenschilddrüsen und infantile Tetanie. (Pediatria, August 1911.) Verf. untersuchte histologisch den Nebenschilddrüsenapparat von 2 Kindern mit Tetanie und 4 Kindern ohne solche. Normal war der Befund bei 2 Kontrollkindern, leichte Vermehrung des perivasalen Bindegewebes bei einem Tetaniekind, leichte Hyperämie bei einem Tetanie- und einem Kontrollkind, Hyperämie und Bindegewebsvermehrung bei einem Kontrollkind. In keinem Falle zeigte sich in den Nebenschilddrüsen eine Blutung oder auch nur der geringste Rest einer solchen. Je jünger das Kind, desto häufiger kommen Blutungen in den Nebenschilddrüsen vor, deren Spuren oft schon im 2. Lebensjahr verschwunden sind; da aber die Tetanie gewöhnlich erst nach dem 1. Lebensjahr eintritt, ist es doppelt unwahrscheinlich, daß sie auf den Blutungen beruht. Auch Versuche an 2 Hunden, denen die freigelegten Nebenschilddrüsen durch Nadelstiche verletzt wurden, zeigten keine Tetanie. Verf. lehnt demgemäß die Blutungstheorie ab und gibt nur zu, daß eine etwa vorhandene Blutung eine schon bestehende Insuffizienz des Apparats verstärken kann. M. Kaufmann (Mannheim).

R. Claoué, La magnésie calcinée dans le traitement des papillomes diffus du larynx de l'enfant. (Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. 1911.) Obgleich selten, sind die Larynxpapillome beim Kind nicht weniger gefährlich, weil sie sehr leicht rezidivieren und weil man bis jetzt kein operatives Verfahren kennt, das sicher ein Nachwachsen verhindern könnte. Ausgehend von der übrigens seit langem bekannten Tatsache, daß die tägliche Anwendung kalzinierter Magnesia oft Hautwarzen zum Verschwinden bringt, unter Berufung auch auf die in der Veterinärmedizin von der gleichen Substanz gegen die intrabukkalen Papillome des Hundes nachgewiesene Wirksamkeit griff der Autor zu dieser Medikation bei 2 Kindern, 6- bzw. 5jährig, bei denen die Abtragung der den Kehlkopf ausfüllenden Papillome sehr schnell von Rezidiven mit völliger Aphonie gefolgt war. Der erste Kranke erhielt pro die 5 g kalzinierte Magnesia. „Nach 14 Tagen schon war die Besserung manifest." Nach einer 14tägigen Pause gab man 4 Monate hindurch pro die 0,5 g. Hierbei konnte Cl. das progressive Verschwinden der Papillome verfolgen; die größten fallen infolge Stielatrophie ab und werden ausgehustet.

Beim zweiten Kranken war die Aphonie eine totale, der Kehlkopf mit Papillomen übersät. Am 1. März 1910 möglichst vollständige Abtragung auf direktem Weg. Nach einem Monat totales Rezidiv. Vom 15. April ab täglich 0,5 kalzinierte Magnesia. Die Stimme wurde in zunehmendem Maß klarer, und Ende Oktober ist der Kehlkopf gereinigt und die Stimme klar; nur einige wenige Nachzügler sind vorhanden.

Cl. erwähnt dann noch einen dritten, bisher nicht publizierten Fall von Sargnon in Lyon. Das kleine Kind hatte Papillome des

Larynx und der Trachea bis zur Bifurkation, war seit einigen Monaten tracheotomiert, ohne Resultat, und Sargnon zur Laryngostomie zugeschickt worden. Bevor S. sich hierzu verstehen wollte, wurde in vielen Monaten, zweimal die Woche, die endoskopische Abtragung der Papillome ausgeführt. Sie rezidivierten stets reichlich. Seitdem er nun auf Anraten von Cl. dem Kranken kalzinierte Magnesia innerlich gab und damit noch eine Insufflation von Magnesia verband, konnte er eine sehr deutliche Besserung konstatieren. H. Netter (Pforzheim).

Levaditi und **Landsteiner,** Étude expérimentale du pemphigus infectieux aigu. (Compt. rend. hebdom. Soc. de Biol. 1911, 29. April.) Den beiden Forschern ist die Übertragung des P. i. a. des Menschen auf den Schimpansen gelungen. Das Virus stammte von einem mit Keuchhusten und Masern aufgenommenen Kind. Bald nach dessen Eintritt traten Pemphigusblasen auf und das Kind starb. Mit dem Inhalt einer Blase impften die Autoren einen Schimpansen, durch Skarifikation der Oberhaut. Der Inokulation folgte, nach einer 24 stündigen Inkubation, die Bildung einer Blase mit trübem Inhalt. Nach 19 Tagen kam es zur Generalisierung der Krankheit. In kurzer Zeit bedeckte sich die Haut des Affen mit großen Blasen, und das Tier ging schließlich ein.

Für die niederen Affen scheint das Virus weniger aktiv zu sein.
H. Netter (Pforzheim.)

Gomet, Grand danger de l'emploi des préparations mentholées chez les nourrissons. (Revue médicale de la Franche-Comté 1911. Nr. 1.) Es handelt sich um ein schmuckes Brustkind im Alter von einem Monat. Der Kleine hustete ein wenig und hatte einen starken Schnupfen. Objektiv etwas disseminiertes Rasseln, keine Oppression, kein Fieber, trotz des ziemlich reichlichen Nasenausflusses trank das Kind sehr gut, die Entleerungen waren normal, die Nächte ruhig. G. verschrieb ein schwaches Revulsivum und einen beruhigenden Sirup. Die folgende Nacht war ruhig, durch Husten kaum gestört; da aber der Nasenausfluß sich noch nicht verringert hatte, ließ G. in jedes Nasenloch ein linsengroßes Stückchen Mentholvaselin (2 $^0/_0$) einführen. Es war kaum geschehen, als das Kind schon dyspnoisch und zyanotisch wurde und in noch nicht 10 Minuten verstarb.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß dieser Säugling unter den Erscheinungen von Asphyxie und Laryngospasmus gestorben ist, die einzig und allein hervorgerufen wurden durch die Einführung einer unbedeutenden Menge Mentholvaselin. Angesichts dieses und ähnlicher, zum Teil ebenfalls tödlich, zum Teil noch glücklich abgelaufener Fälle (Kilian, Koch, Mayet, Armand-Delille, Malibran, Ausset) dürfte es angebracht sein, das Menthol (in der Anwendung auf Nase und Rachen) aus der Säuglingstherapie zu streichen.
H. Netter (Pforzheim).

Garel und **Ch. Ligieur,** État neurasthénique par Coryza de nature diphtérique méconnue. Guérison par la sérothérapie. (Bulletins de la Soc. méd. des hôp. de Lyon 1911.) Neben den klassischen Formen der Nachkrankheiten verkannter Diphtherie

(anormale Diphtherie, Diphtherie fruste, larvierte oder latente Diphtherie), wie sie z. B. durch die pharyngo-laryngealen Lähmungen repräsentiert werden, gibt es andere, weniger häufig beschriebene, bei denen man erst spät an die Aufsuchung des Löfflerschen Bazillus und an die Einleitung der Serumtherapie denkt. Das sind komplexe Syndrome, Zustände mit einer mehr diffusen Symptomatologie, die sich auf eine viel größere Zahl von Organen und selbst auf den ganzen Organismus erstrecken, anämische, asthenische, kachektische Zustände, die man zu häufig, in Ermangelung einer erkennbaren Ursache, als idiopathische, essentielle oder kryptogenetische zu bezeichnen sich begnügt.

So ist der Fall bei dem Kranken, den die beiden Autoren mitteilen. 38jähriger Mann, neurasthenisch, anämisch, fast kachektisch, infolge einer fieberhaften, zunächst als postgrippale Koryza betrachteten Rhinitis, bei der die retrospektive bakteriologische Diagnose zur Serumtherapie führte, die auch jetzt noch sehr schnelle Heilung brachte.

Fälle dieser Art, im Gefolge von klinisch sicherer Diphtherie, sind besonders von Heubner beschrieben worden unter dem Namen diphtherischer Marasmus. Im Gefolge von verkannter Diphtherie finden sie sich nicht eben oft verzeichnet, in einer Arbeit von Simonin und Benoit (La diphtérie larvée, Revue de méd. 1895) und in einer Lyoner These von 1910, von J. Touranjon („Les diphtéries larvées et leurs séquelles").

Eigentümlich ist der larvierten Diphtherie die häufige Lokalisation in der Nase. Die oft zwei und noch mehr Monate dauernde, subakute Koryza enthält, selbst wenn sie einfach serös ist, häufig, fast stets, den Diphtheriebazillus.

Nach den Untersuchungen Blochmanns aus der Göppertschen Klinik in Göttingen sollen Neugeborene und Säuglinge häufig an mehr oder weniger abgeschwächter diphtherischer Koryza erkranken.

Verff. kommen zu folgendem Ergebnis:

Die subakute oder chronische Koryza ist nicht allzu selten, selbst beim Fehlen jeder Pseudomembran, diphtherischer Natur.

Die verkannte Diphtherie kann der Ausgangspunkt eines neurasthenischen, anämischen, kachektischen Zustandes sein (Marasmus diphthericus von Heubner), dessen Ursache dem unkundigen Beobachter leicht entgehen kann.

In solchen Fällen gewinnt die retrospektive bakteriologische Diagnose eine Bedeutung, die um so höher ist, als die Serumtherapie, selbst die spät angewendete, von dem besten Resultat gefolgt sein kann.

H. Netter (Pforzheim).

Cortesie, Kala-Azar mit 606 behandelt. (La Tunisie médicale 1911. Nr. 1.) Der 7jährige, seit 3 Jahren in Tunis wohnende sizilianische Knabe ist seit Dezember 1909 leidend, und zwar bestanden die Krankheitserscheinungen in Magen-Darmstörungen mit unregelmäßigem Fieber, Blässe und Milzschwellung.

Die Diagnose auf Kala-Azar wurde im März 1910 mittels einer Punktion der Milz (Dr. Nicolle) durch den Nachweis Leishmanscher Körperchen gestellt, und am nächsten Tage wurden auch noch in der

Flüssigkeit eines Vesikatoriums einige spärliche Leishmansche Körperchen gefunden.

Nach verschiedenen Schwankungen des Verlaufes und unter ständigen therapeutischen Maßnahmen befand sich der Kranke im November 1910 in überaus schlechtem Zustand: die Milz noch größer (21 × 18 cm), kadaveröse Blässe, frequenter Puls. Am 28. November neue Milzpunktion, mit positivem Ergebnis. Am gleichen Tag eine intramuskuläre Injektion von 606 (0,15 cgr, Körpergewicht 17,700 kg); geringe lokale Reaktion und etwas Fieber.

Der Gesamtzustand erleidet indes keine Veränderung, und eine neue Milzpunktion ergibt ein gleich starkes Vorhandensein von Leihsmanschen Körperchen wie vor der Behandlung.

H. Netter (Pforzheim).

S. G. Nixon, Epidemiologic and Etiologic Studies of Acute Poliomyelitis in Pensylvania. (Am. Journ. Dis. Child. Oct. 11. 11.) N. studierte 773 Fälle von Poliomyelitis, die im Staate Pensylvania von der Staatssanitätsbehörde beobachtet worden ist. Die Übertragbarkeit der Krankheit wurde sicher in 59 Fällen festgestellt. Nationalität schien keine besondere Rolle gespielt zu haben, indem die meisten der betroffenen Kinder in Amerika geboren waren. 437 waren Knaben und 336 Mädchen. Nur 3 von ihnen waren Negroes. In 30 Fällen wurden vor Ausbruch des Anfalles Traumen angegeben und in 34 Fällen Insektbisse. Von den 773 Fällen erholten sich vollständig 142 und bloß teilweise 294. Die Behausung der betreffenden Familien schien keinen besonderen Einfluß auf die Ansteckungsfähigkeit auszuüben, indem 149 Kinder in sehr geräumigen Wohnungen erkrankten, 219 in mittelgroßen, und 164 in kleinen. In 2 Fällen bestand die Familie aus je 1 Mitglied, in 13 aus 2 Mitgliedern, in 82 aus 3, in 154 aus 4, in 121 aus 5, in 95 aus 6, in 62 aus 7, in 33 aus 8, in 23 aus 9, in 23 aus 10 oder mehr Mitgliedern. Diese Zahlen beweisen, daß die Übertragbarkeit der Krankheit sehr gering ist. Ja sogar in 289 Fällen schliefen die Kinder im selben Zimmer, und bloß 24 von ihnen wurden betroffen.

Die Blutuntersuchung von Menschen und von Affen, bei denen die Krankheit experimentell erzeugt war, ergab einen bisher noch nicht beobachteten Mikroorganismus. N. erhielt das Blut von 10 Fällen von akuter Poliomyelitis und von 13 Affen, die infiziert worden waren, und bei allen diesen Fällen wurde der Bazillus vorgefunden; dagegen war das Blut negativ in 3 gesunden Kindern und bei den 13 Affen vor der Inokulation.

Sheffield.

J. H. Sequeira, Bullous eruption associatect with appendix abscess in a shild of three. (British Journ. of Dermat. September 1911.) Bei dem bisher gesunden, geistig und körperlich gut entwickelten 3jährigen Knaben erschienen mit heftigem Jucken Blasen, welche gelbliche Flüssigkeit enthielten, auf der sonst normal, nicht gerötet aussehenden Haut an Armen und Beinen. Die Eruption, welche ohne Narben verschwand, wiederholte sich nach einer gewissen Zeit dreimal. Bei dem dritten Anfall trat heftiger Abdominalschmerz auf, und ein Abszeß in der Appendix wurde konstatiert. Nach Reinigung

und Heilung des Abszesses verschwand die Hauterkrankung spontan, und das Allgemeinbefinden wurde völlig wiederhergestellt.

Max Joseph (Berlin).

G. Maki, Über die histologischen Veränderungen von inneren Organen bei hereditärer Lues und ihre Beziehungen zur Lagerung der Spirochaete pallida in den Geweben. (Japan. Zeitschr. f. Dermat. u. Urol. April 1911.) Die Spirochäten und deren Toxine verursachen in den Organen hereditär Syphilitischer Anhäufung und Infiltration der Zellen, parenchymatöse Degeneration, Vermehrung der Bindegewebszellen und Sklerose. Meist lagern die Spirochäten interzellulär, doch dringen sie auch in die Endothelzellen ein oder finden sich in der Faserrichtung des Bindegewebes. In die Gefäßlumina gelangen sie entweder durch die Endothelzellen der Kapillarreihe oder von der Tunica adventitia in die Tunica media et intina hinein und so in den Blutstrom.

Nur selten findet man Spirochäten in normalem Gewebe, meist wächst ihre Zahl entsprechend den pathologischen Veränderungen. Mikroskopische Untersuchungen ergaben, daß die Spirochäten leicht in die Zylinder- und Plattenepithelzellen von Dünndarm und Niere eindringen. Daher sind die Ausscheidungen der Syphilitiker stets als eine Infektionsquelle zu betrachten.

Max Joseph (Berlin).

L. Mirotrorzeff, Zur Kasuistik der operativen Behandlung der echten Ankylose des Unterkiefers. (Wratsch. Gaset. 1910. Nr. 49.) Die operative Behandlung der echten Ankylosen des Unterkiefers ergibt öfters Rezidive. Fälle mit längerer Beobachtungsdauer nach der Operation und mit günstigem Ausgang bieten deshalb ein gewisses Interesse dar. Verf. beschreibt einen solchen Fall. 5jähriger Knabe, machte im Alter von 3 Jahren Scharlach durch, der mit einer eitrigen Mittelohrentzündung kompliziert war. Beiderseitige eitrige Entzündung in der Parotisgegend von ziemlich langer Dauer veranlaßte das Kind, den Mund längere Zeit hindurch nicht zu öffnen. Allmählich entwickelt sich eine Ankylose des Unterkiefers. Versuche, die Ankylose auf mechanischem Wege durch Dehnung zu beheben, werden von einer Exazerbation der Mittelohrentzündung begleitet. Beim Eintritt ins Krankenhaus kann das schlecht genährte Kind den Mund nicht öffnen; Unterkiefer und Kinn sind schwach entwickelt. Die beiden oberen Schneidezähne fehlen; das Kind wird durch diese Lücke mit Milch gefüttert. Die Gelenkgegend läßt nichts Abnormes erkennen. In leichter Chloroformnarkose wird nach Durchtrennung der Weichteile (Operation nach der Methode von Schmidt), die beiseite geschoben werden, der aufsteigende Zweig des Unterkiefers im oberen Drittel mit dem Meißel durchtrennt und in die Knochenlücke ein Lappen der Kaumuskulatur eingenäht. Anstandslose Heilung per primam. Nach 5 Jahren war aus dem schwächlichen Kinde ein blühender Knabe geworden, der seinen Unterkiefer in vertikaler, horizontaler und seitlicher Richtung frei bewegen und den Mund so weit öffnen kann, daß die Entfernung zwischen den oberen und unteren Schneidezähnen 3 cm beträgt. Der vor der Operation atrophische

Unterkiefer nimmt seine normale Gestalt an. Das Resultat ist ein durchaus befriedigendes. S. Rubinstein (Riga).

L. Bauer, Erythrodermia desquamativa bei mit Muttermilch ernährten Säuglingen. (Gyogyàscat. 1911. Nr. 19.) Die Erkrankung beginnt mit einem Erythem, dem eine Desquamation folgt und die gewöhnlich mit Verdauungsstörungen verbunden ist. Die Krankheit beginnt meistens im ersten Lebensmonat. Letalität durchschnittlich 30%, Überernährung und Fettintoleranz spielen in der Ätiologie eine wichtige Rolle. Die Therapie muß hauptsächlich diätetisch sein. Verf. lehnt sich den Ausführungen Leiners an.

Ernö Deutsch (Budapest).

G. Haimis, Mit Eiweißmilch gemachte Erfahrungen. (Gyogyàscat. 1911. Nr. 15.) Verf. schließt sich den Finkelstein-Meyerschen Ausführungen an. Auf Grund seiner Erfahrungen beeinflußt dies Nährmittel die Gärungsprozesse der chronischen Ernährungsstörungen günstig, Qualität und Quantität der Stühle bessern sich, und die allgemeine Reparation zeigt sich rapid.

Ernö Deutsch (Budapest).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Ärztlicher Verein in Hamburg.

Offizielles Protokoll.

(Nach d. Deutschen med. Wochenschrift.)

Sitzung am 22. Mai 1911.

Manchot: **Turmschädel mit starker Konkavität der Stirn und des Gesichts.** M. zeigt einen Säugling, bei dem diese Schädelmißbildung in sehr hohem Grade vorhanden ist, sowie dessen Eltern. Die Mutter hat in milderer Form die gleiche Schädelbildung mit beiderseitiger Optikusatrophie, die als Folge der Mißbildung auftreten kann. Ihre Mutter und eine Schwester haben ähnliche Schädelformen. Der Vater des Kindes zeigt eine Andeutung von einfachem Turmschädel.

Paschen: **Diagnose der Variola durch Nachweis der Paschenschen Vakzinekörperchen.** Die Differentialdiagnose zwischen Variola, insbesondere Variolois und Varizellen ist oft nicht leicht. Hier führte früher nur der Nachweis der Guarnerischen Körperchen in der geimpften Kaninchenhornhaut zum Ziel, wozu aber mindestens 2 Tage Zeit erforderlich waren. Vor 4 Jahren hat Paschen in der Kinderlymphe bestimmte Körperchen nachgewiesen, die er dann auch bei allen Variolafällen fand, während sie bei Herpes, Zoster, Pemphigus, Lues und Varizellen fehlten. 1908 hat er seine Körperchen, die sich nach bestimmten Färbeverfahren schnell nachweisen lassen (Demonstration von Mikrophotogrammen), als spezifisch für Variola erklärt. Prowaczek fand durch Kolloidfiltration des Pustelinhalts zurückgehalten mit Paschens identische Körperchen. In den 6 zurzeit in Eppendorf liegenden Fällen von Variola hat Paschen seine Körperchen ausnahmslos nachgewiesen.

L. Voigt: **Impfstatistik von Hamburg für die Jahre 1908—1910.** V. demonstriert Bilder zweier im Jahre 1910 gewonnener Variolavakzinen und von nach der Inokulation mit Variolastoff am Pferde entstandene Pusteln sowie vom nachfolgenden

Allgemeinausschlag. Eine Tafel stellt die Schlußerfolge der Erstimpfung in der Hamburger Impfanstalt und bei den Hamburger Privatärzten einander gegenüber.

	Im Jahre:	1908	1909	1910
		%	%	%
a) Von den vorgestellten Erstimpflingen sind mangelhafter Gesundheit halber nicht geimpft	in der Impfanstalt . . .	11,8	11,34	12,73
	von den Privatärzten . .	31,07	37,85	29,15
b) Die Erstimpfung blieb schließlich ohne Erfolg	in der Impfanstalt . . .	0,36	0,26	0,23
	bei den Privatärzten . .	27,5	50,03	20,34
Nach a und b sind von den gestellten Erstimpflingen ohne Impfschutz geblieben	in der Impfanstatt . . .	12,1	11,6	12,03
	bei den Privatärzten . .	50,6	69,1	42,6

Ganz Deutschland erreicht den Erstimpfungsschutz für 84 bis 85% seiner Kinderwelt, Hamburg nur für 79 bis 80%. In Hamburg handelt es sich um etwa 25000 pflichtige Erstimpflinge, von denen etwa ein Viertel den Privatärzten zugeführt wird. Es blieben in Hamburg 20% von 25000 kleinen Kindern, also ungefähr 5000 Kinder z. T. bis ins 3. Lebensjahr ungeschützt.

Zarniko: **Über die Behandlung der typischen (juvenilen) Nasenrachenpolypen** (mit Demonstrationen). Vortr. zeigt das Bild eines Patienten, den er vor 10 Jahren als 15jährigen jungen Menschen im Verein vorgeführt hat, und der damals im wesentlichen folgenden Befund bot. Die rechte Gesichtshälfte durch eine von der Mitte der Stirn bis zum Munde herabziehende, hartelastische, vom Jochbeinbogen in einen temporalen und einen malaren Anteil geteilte Geschwulst verunstaltet. Nasenatmung aufgehoben. In der Nase reichlich, höchst übelriechender Schleimeiter, nach dessen Entfernung (durch Ausspritzen) die Nasenhöhlen von einer rötlichen, derben, bei leichter Sondenberührung abundant blutenden Geschwulstmasse ausgefüllt erschienen, die, wie die Inspektion des Rachens lehrte, auch den Nasenrachen ausstopfte und bei leichtem Emporheben des Velums ohne weiteres im Rachen sichtbar war. Die nach dem typischen Bilde sogleich ausgesprochene Diagnose „typischer Nasenrachenpolyp", verifiziert durch die histologische Untersuchung eines unter enormer Blutung aus der rechten Nasenseite exstirpierten Stückes: dicht gewebtes zellreiches Bindegewebe mit zahlreichen dünnwandigen Gefäßen. Vortr. schildert die hauptsächlichsten Eigenschaften der in klinischer und onkologischer Hinsicht gleich interessanten Neubildungen, wobei er besonders auf die für die Therapie wichtigen folgenden 4 Punkte eingeht: 1. Ihre enorme Wachstumsenergie, vermöge deren sie zunächst die ihnen benachbarten Hohlräume ausfüllen, deren Wände auseinanderdrängend und vernichtend, sodann in die natürlichen Interstitien zwischen den festeren Nachbargebilden vordringen. So erfüllt der am Os tribasilare wurzelnde Polyp zunächst den Nasenrachen, dann die Nasenhöhlen und weiter die Nebenhöhlen der Nase und dringt u. a. durch die Siebplatten in die Hirnhöhle vor. Ein anderer gern benutzter Weg ist der um den Processus pterygoideus herum oder durch das Foramen sphenopalatinum in die Flügelgaumengrube, von wo die Neubildung einen temporalen Fortsatz nach oben und einen malaren nach der Wange vorschicken oder durch die Fissura orbitalis inferior in die Augenhöhle und nach Schädigung des Orbitalinhalts u. a. durch die Fissura orbitalis superior in die Stirnhöhle gelangen kann. 2. Die große Neigung der Polypen zu abundanten, häufig bedrohlichen, stets aber durch ihre häufige Wiederkehr die Körperkräfte der Patienten schwächenden Blutungen erklärt sich aus dem histologischen Bilde. — Den bisher genannten üblen Eigenschaften stehen zwei andere gegenüber, die die Prognose der Neubildungen verbessern, nämlich: 3. Ihr Gebundensein an ein bestimmtes Lebensalter (10.—25. Lebensjahr) und ihr Auftreten fast ausschließlich beim männlichen Geschlecht. 4. Ihr Gebundensein an ihre ursprüngliche Wurzelstelle. Ist diese zerstört, so sterben Fortsätze, mögen sie inzwischen mit anderen Stellen noch so innig verwachsen sein, von selbst ab. Wie soll man die geschilderten Neubildungen behandeln? Es gibt zwei prinzipiell verschiedene Methoden des Vorgehens. Die erste geht darauf aus, die Neubildung so schnell als möglich gründlich und radikal zu entfernen durch

sog. Radikaloperation, die andere will durch kleinere Eingriffe (Palliativoperationen) den Patienten in einen erträglichen Zustand versetzen bis zur Periode der Immunität, in der die Neubildung spontan zugrunde geht. Die erste Methode ist, wie ein Überblick über den Gang der dazu notwendigen Operationen zeigt, sehr eingreifend, u. U. gefährlich und enttäuscht häufig insofern, als eine radikale Beseitigung der Neubildung nicht erzielt wird und trotz der großen Eingriffe Rezidive eintreten. Die zweite Methode, für die Vortr. als zweckmäßigstes zerstörendes Agens die Elektrolyse empfiehlt (wenn erforderlich kombiniert mit temporärer Resektion des Jochbogens zur Exstirpation eines sphenomaxillaren Fortsatzes — Bruns), — diese Methode ist zwar recht langweilig, aber sie ist in geeigneten Fällen ungefährlich und, wie die Demonstration des auf diese Weise vollkommen geheilten Patienten und der ebenso günstige Verlauf in einem anderen ähnlichen Falle des Vortragenden lehren, vom schönsten Erfolge begleitet. Die Indikationen für beide Methoden ergeben sich aus folgendem Resumee: Für die Beseitigung der typischen Nasenrachenfibrome denke man zuerst daran, die Kranken durch Palliativoperationen, deren vortrefflichste die Elektrolyse darstellt, in die Periode der Immunität hinüberzuretten. Machen sphenomaxillare Fortsätze keine erheblichen Beschwerden, drohen sie dem Auge oder dem Gehirn keine Gefahr, dann kann man sie unberührt lassen, sonst aber nach temporärer Resektion des Jochbogens exstirpieren (Bruns). Kontraindiziert ist die zuwartende Behandlung 1. wenn Gefahr im Verzuge liegt (Auge, Ohr, Gehirn, hochgradige Anämie), 2. wenn man die Überzeugung gewinnt, daß das Leiden trotz energischer und zielbewußter Zerstörungsmaßnahmen fortschreitet und den Kranken der Anämie und gefährlichem Kräfteverfall zuführt.

Diskussion. Thost spricht sich gleichfalls für die palliative Therapie aus. Die Hauptbeschwerden verursacht die Behinderung der Nasenatmung, die man durch Abtragung größerer Stücke des Tumors zeitweise und teilweise wieder ermöglichen könne, bis die Natur die Rückbildung des Tumors spontan übernehme. Er verwendet hierzu außer der Elektrolyse gern die warme galvanokaustische Schlinge.

Reinking hebt das sehr typische Verhalten der Fibrome hervor, das die Diagnose leicht stellen lasse. Wenn dauernde Blutungen den Kräftezustand zu sehr schwächen, muß man doch zur Radikaloperation greifen. Sonst ist auch er für das palliative Verhalten mit Elektrolyse und warmer Schlinge. Mit der Elektrolyse gelingt es oft, den Tumor so zu präparieren, daß man dann mit der Schlinge einen größeren Teil gut entfernen könne.

Albanus tritt den sog. radikalen Methoden der Entfernung der Nasenrachenpolypen entgegen, da man an eine spontane Involution dieser Geschwülste glauben könne, und empfiehlt die palliativen Methoden. Für diesen Zweck eigne sich sehr gut der Kaltkauter; für ihn angefertigte Nasenansätze werden demonstriert.

Engelmann folgt Zarniko, daß man von Nasenrachenpolypen — nicht von Fibrom und dergleichen sprechen soll. Die Geschwülste gehören zu den Peri- bzw. Endotheliomen und sind verwandt den Parotistumoren und Pleuraendotheliomen. Nach der Literatur schienen diese Geschwülste nur bei männlichen, nicht bei weiblichen Individuen zur spontanen Involution zu kommen. Der Fall Hausbergs gehört nicht hierher. Wie ein von Engelmann hier vor mehreren Jahren gezeigter Fall eines in der Fossa pterygo-palatina inserierenden Tumors erwies, sind sie technisch viel leichter zu entfernen, als die typischen Nasenrachenpolypen, die vom Rachendach kommen. In einem solchen Fall gelang es Engelmann leider nicht, den Patienten, trotz Anwendung von Elektrolyse, Kaustik usw., in die Pubertätszeit zu bringen; bei der Operation ging er unter starkem Blutverlust zugrunde. Es ist von ausländischer Seite empfohlen, in Narkose Ströme von 200—300 M. A. anzuwenden und so in wenig Sitzungen die Insertionsstelle des Tumors zu zerstören. Leider gelang es Engelmann in seinem Falle nicht, das entsprechende Instrumentarium zu erlangen.

Kümmell hält die Anwendung der kalten Kaustik nicht für aussichtslos. Müsse operiert werden, so empfiehlt Kümmell die Methode von Partsch, die durch Herunterklappen des Gaumens gute Zugänglichkeit schaffe und deren Schnittführung in der Heilung auffallend schnell vernarbt.

Lehr berichtet über zwei einschlägige Fälle, die er während seiner Assistentenzeit beobachtete.

Zarniko (Schlußwort) betont, daß er nur von den typischen Polypen gesprochen habe, die Fibrome seien. Die Epitheliome u. a., von denen Engelmann sprach, gehörten nicht zum Thema. Die typischen Polypen sind nicht maligne. Bei Sarkomen dürfe man selbstredend nie abwarten. Die Einstimmigkeit aller Diskussionsredner in der Empfehlung der Palliativbehandlung sei bemerkenswert.

3. Internationaler Kongreß für Säuglingsschutz.

Berlin, 11.—15. September 1911.

(Nach d. Deutschen med. Wochenschrift.)

Allgemeine Sitzung.

Referat. **Über die Ausbildung von Fürsorge- und Pflegepersonal für Anstalten. Familien und Gemeinden.** a) Feer (Zürich): Weibliche Personen, die sich dem Berufe der Säuglingspflegerin widmen wollen, müssen neben guter körperlicher Gesundheit eine ausreichende Vorbildung besitzen. Die Lehrzeit ist auf mindestens 1 Jahr in einer Säuglingsanstalt zu bemessen, in der die Schülerinnen theoretisch in Anatomie, Physiologie, Ernährung, Hygiene, sozialer Fürsorge durch den Arzt, praktisch am Bette des gesunden und kranken Säuglings durch Arzt und Oberschwester gemeinsam unterrichtet werden. Als Ergänzung sei ein 4- bis 6-wöchentlicher Kursus in einer Entbindungsanstalt erwünscht.

b) Frau Oberwarth (Charlottenburg) verlangt unter kritischer Besprechung der bereits vorhandenen Ausbildungsstätten eine gründlichere Ausbildung für polizeiliche Aufsichtsdamen, Waisenpflegerinnen und Fürsorgeschwestern, die sie auch in der Krankheitslehre ausgebildet wissen will. Für das Land empfehlen sich Fürsorgeschwestern, die allgemeiner arbeiten, neben der Säuglingsfürsorge auch Tuberkulose- und Alkoholfürsorge treiben und auch krankenpflegerisch eingreifen können.

c) Kerley (New York): Die Entstehungsgeschichte des Unterrichts der Säuglingspflegerinnen in Amerika ist folgende: Chapin in New York hatte eine ausgebildete Säuglingspflegerin; diese unterrichtete ein Dienstmädchen, das sich für die Pflege des Kindes besonders interessierte, etwa 3 bis 4 Monate lang, und Chapin konnte sich überzeugen, daß dies Mädchen danach als durchaus fertige Kinderpflegerin gelten konnte. Ihrer Anregung entsprechend führte Emmet Holt Kurse zur Ausbildung von Säuglingspflegerinnen ein mit 1-jähriger Dauer, die jetzt bereits 22 Jahre bestehen und sich zu einer feststehenden Einrichtung in den Staaten der Union ausgebildet haben. Die Nachfrage nach ausgebildeten Pflegerinnen ist überaus groß.

Referat. **Unterricht und Fortbildung der Hebammen auf dem Gebiet der Säuglingsheilkunde und Säuglingsfürsorge.** Rissmann (Osnabrück): Es würde sich empfehlen, den Titel „Hebammen“ durch „Schwester“ (Hebammenschwester) zu ersetzen. Mutterschutz und Säuglingsschutz seien untrennbar, und so sei auf die Mitwirkung von Hebammen bei der Säuglingspflege nicht zu verzichten. Sollen sie genügend in Säuglingspflege ausgebildet werden, so muß der Hebammenunterricht 1 Jahr betragen und muß eine bessere Vorbildung gefordert werden. Im speziellen sollen die Hebammen in Mutterberatungsstellen, in geburtshilflichen Polikliniken, in Mütter- und Säuglingsheimen, die den Hebammenschulen angegliedert werden sollen, unterrichtet und so dazu befähigt werden, gesunde Kinder auch bei künstlicher Ernährung bis zum vollendeten 1. Lebensjahre aufzuziehen und zu kontrollieren. Der pädiatrische Unterricht ist durch Hebammenlehrer, nicht durch Kinderärzte zu erteilen; allerdings müßten zunächst in der Säuglingspflege erfahrene Hebammenlehrer herangezogen werden. Für die Hebammen sind Fortbildungskurse obligatorisch zu machen.

Referat. **Belehrung der Bevölkerung in Säuglingspflege und Säuglingsernährung.** a) Langstein (Charlottenburg): Die große Mehrzahl der Mütter erhält, ohne

daß der Boden hierfür vorbereitet ist, Ratschläge über Ernährung und Pflege des Kindes, meist erst nach dessen Geburt; teils auf dem Wege des gedruckten (Merkblätter usw.), teils des gesprochenen Wortes. Die Merkblätter lassen Einheitlichkeit des Textes vermissen. Dieser Mangel ist weniger in Differenzen wissenschaftlicher Anschauungen zu suchen, als darin, daß diejenigen, die gegenwärtig praktische Säuglingsfürsorge treiben, zu wenig Fühlung miteinander nehmen und über Sonderinteressen das gemeinsame Ziel übersehen. Für jedes Land ist ein einheitliches Merkblatt anzustreben. Ebenso soll für die Abfassung von Pflegebüchern Einheitlichkeit das Leitmotiv sein. Ferner sei für die Nährmittelreklame, die oft ganz irrige Anschauungen verbreitet, ein Zensuramt zu fordern. Von ungleich größerer Bedeutung als die Belehrung durch Drucksachen ist die mündliche und praktische Unterweisung. Von wachsendem Wert haben sich die Unterrichtskurse für Mütter erwiesen. Alle diese Maßnahmen werden aber erst dann rechten Erfolg haben, wenn die Frau schon die Grundlagen des Unterrichts von der Schule bzw. Fortbildungsschule mitbringt. Die Fortbildungsschulpflicht muß auf die gesamte weibliche Jugend ausgedehnt werden und in den Lehrplan der Pflichtfortbildungsschule die Säuglingspflege aufgenommen werden.

b) Ausset (Lille) wünscht, daß allen Gesellschaftsklassen und -kreisen eine Unterweisung in den Grundzügen der Säuglingshygiene und -pflege zuteil werde, und möchte sie zum obligatorischen Prüfungsfach in den Schulen machen. Der theoretischen Unterweisung muß ein praktischer Unterricht folgen, für den man mit Vorteil die Säuglingsfürsorgestellen nutzbar machen könnte.

Diskussion. Winocuroff (Odessa): Vorläufig sind die Erfolge der russischen Fürsorgestellen noch bescheiden. — Rosenhaupt (Frankfurt a. M.) weist auf die Tagespresse als Vermittlerin der Belehrung hin. — Seitz (München): Die Belehrung wird erschwert, weil die Grundbegriffe der Gesundheitslehre fehlen. — Frau Oberwarth (Charlottenburg): Auch die Frau soll der Frau Unterricht erteilen. — Frau v. Soden (Steglitz): Den studierenden Frauen, deren wissenschaftliche Bildung sie auch auf diesem Gebiet zu Führerinnen ihres Geschlechts macht, sollten durch einen Mediziner die Grundsätze einer rationellen Kinder-, besonders Säuglingspflege nahegebracht werden, ähnlich wie den männlichen Studierenden die sexuellen Fragen.

Coit (Newark): **Normen für die Bestandteile der Ersatznahrung für Säuglinge.** Die natürliche Norm für die Zusammensetzung der Milchmischungen ist die Frauenmilch. Der Erfolg der Tiermilch hängt ab von ihrer chemischen, bakteriologischen und toxikologischen Reinheit. Bei Benutzung der Tiermilch soll durch einfache Eingriffe unter Verwendung von Substanzen, die auch in der Frauenmilch enthalten sind (Wasser, Milchzucker) einer dieser möglichst ähnliche Mischung erzeugt werden. Kindermilch soll unter ärztlicher Aufsicht produziert werden, wie das in Amerika durch die „Medical Milk Commission" geschieht. Solche „certified milk" gibt es jetzt in 72 Städten Amerikas zum Preise von 10—15 cents (50—60 Pfennigen) pro quart (etwa 1 Liter). Auch das ärmere Publikum zahlt diesen Preis gern, da er den amerikanischen Nahrungsmittelpreisen entsprechend nicht hoch genannt werden kann.

Lassabatie (Rochefort): **Therapeutische Wirkung homogenisierter Milch.** Sterilisierte und homogenisierte Milch erzielte gute Erfolge. Leider ist dies Nahrungsmittel bisher im ärztlichen Publikum fast unbekannt geblieben.

II. Abteilung: Praktische Durchführung der Fürsorge.

Referat. **Allgemeines in der praktischen Säuglingsfürsorge.** a) Taube (Leipzig): Die kommunale Bau- und Wohnkontrolle muß mehr als bisher das Säuglingsalter berücksichtigen. Dringend erwünscht ist die Anstellung weiblicher Wohnungsinspektoren. Die Kommune hat des weiteren die Aufgabe, Wöchnerinnenheime für die Aufnahme bedürftiger Mädchen und Frauen zu gründen, durch Stillprämien, Stillstuben usw. die Brusternährung zu fördern, schließlich für eine hinreichende Zahl von Hebammen Sorge zu tragen. Die Kommune hat auch die Generalvormundschaft nach Leipziger System einzurichten. Ein städtischer Kinderarzt ist für jede Kommune eine Notwendigkeit, dem auch die Ammenuntersuchungen anzuvertrauen wären. Für jeden bedürftigen Säugling muß die Möglichkeit einer schnellen, sicheren, freien ärztlichen Hilfe, besonders im Sommer, gegeben sein.

b) Lesage (Paris) trägt Wünsche für eine Umgestaltung der „Union internationale de protection des nourissons" vor. Sie solle in Zukunft aus 2 Abteilungen bestehen, 1. einer medizinischen, die sich mit allem, was die Ernährung und Hygiene betrifft, zu befassen hätte, 2. einer Abteilung, der alle philanthropischen Fragen zur Erledigung zuzuweisen wären.

Decherf (Tourcoing): **Kritik der Fürsorgeeinrichtungen für Kinder.** Überblick über die in Frankreich vorhandenen Einrichtungen.

Nathan Straus (New York): **Fortschritte des Kinderschutzes in Amerika.** Ein Hauptfortschritt der amerikanischen Säuglingsfürsorge besteht in der Einführung der pasteurisierten Milch. Rohe Milch dürfe nur dann gereicht werden, wenn sie von tuberkulingeprüften Kühen stammt.

Williamson (Edinburgh): **Resultate der Kontrollmaßnahmen hinsichtlich der Kindersterblichkeit.** Alle Geburten sollen unverzüglich den städtischen Gesundheitsämtern angezeigt werden. Diese hätten sogleich die ehrenamtlichen Aufsichtsdamen zu verständigen. In Edinburg ist dieser Weg schon beschritten. Die Stadt ist in viele Aufsichtsbezirke geteilt, mehrere Hundert Frauen sind unter sachverständiger Leitung tätig. Eine ihrer Hauptaufgaben ist die Wohnungskontrolle.

Aziz Nazmi Bey (Kairo): **Kinderschutz in Ägypten.** Schilderung der in Ägypten bestehenden Einrichtungen des Säuglingsschutzes.

Sunez (Valladolid): **Einfluß der Sommerdiarrhöen auf die Säuglingssterblichkeit.**

Hernandez und Ramos (Habana): **Homikultur.** Homikultur (Puerikultur) ist die Wissenschaft, die sich zur Aufgabe setzt, die Kenntnisse zu vermehren, die sich beziehen auf die Erneuerung, den Bestand und die Verbesserung des menschlichen Geschlechts. In Habana besteht das Palais d'Homiculture Pinard-Hernandez, das alle diesem Zwecke praktisch dienenden Einrichtungen enthält, die großenteils mit den Einrichtungen der Säuglingsfürsorge identisch sind.

Hubert (St. Petersburg): **Die Säuglingssterblichkeit in Rußland und ihre Bekämpfung.** Schilderung der Maßnahmen, die die russische Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege zum Schutz der Säuglinge getroffen hat.

Breitung (Koburg): **Das Verhältnis des Säuglingsschutzes zur Auslese.** Der Säuglingsschutz steht nicht mit den Lehren Darwins von der auslesenden Wirkung des Daseinskampfes in Widerspruch. (Fortsetzung folgt.)

---

83. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Karlsruhe, 24.—30. September 1911.

(Nach der Münch. med. Wochenschrift.)

Abteilung für Kinderheilkunde.

3. Sitzung am Sonntag, den 24. September 1911.

Vorsitzender: Prof. Scheltema-Groningen.

Schulz (Freiburg i. Br.): **Wachstum und osmotischer Druck bei jungen Hunden.** 4 Hunde eines Wurfs wurden jenseits der Säugungsperiode ernährt: Hund 1 mit gemischter Kost, Hund 2 nur mit Milch, Hund 3 mit $^1/_3$ Milch und $^2/_3$ Mehlabkochung, Hund 4 nur mit Mehlabkochung.

Die Hunde 2—4 waren imstande, trotz der ungenügenden Nahrung, die namentlich bei Hund 4 beinahe ganz salzfrei war, die physikalischen Eigenschaften ihres Blutes innerhalb normaler Grenzen zu erhalten, wenn sich auch ein Einfluß der unzweckmäßigen Ernährung nicht verkennen ließ.

Der Organismus der Tiere verzichtet aber während dieser Zeit beinahe ganz auf das Wachstum, wie durch Röntgenbilder nachgewiesen wurde. Der Versuch wurde 6 Wochen fortgesetzt. Nach Fütterung mit gemischter Kost erholten sich die Tiere, das Wachstum setzte wieder ein. Die physikalischen Eigenschaften des Blutes unterschieden sich nicht wesentlich von denen des normalen Tieres Nr. 1.

Tobler (Heidelberg): **Über Spätrachitis.** Echte floride Rachitis des Adoleszentenalters wurde bei 5 Mädchen und 4 Knaben beobachtet. Der Beginn der Krankheit fällt meist zwischen das 12. und 16. Lebensjahr. Die Mehrzahl der Kranken war in der ersten Kindheit rachitisfrei geblieben, bei zweien handelte es sich um ein Rachitisrezidiv, bei einem um verschleppte, niemals ausgeheilte Rachitis. Die subjektiven Symptome waren Schmerzen in den Beinen beim Stehen und Gehen, rasche Ermüdung, Gehbeschwerden. Die Untersuchung ergab überall rachitischen Rosenkranz, Epiphysenschwellungen und verschiedene Deformitäten, im Röntgenbild Atrophie des Knochens, Auffaserung der distalen Knochenenden, mächtige Knorpellager an Stelle der Epiphysenlinie. Die Skeletterkrankung war in den meisten Fällen von einer mehr oder weniger ausgesprochenen Entwicklungshemmung begleitet; diese findet ihren Ausdruck in einem Zurückbleiben des Längenwachstums, infantilem Habitus und Wesen, und verzögerter Ausbildung der Pubertätszeichen. Rachitische Myopathie, Anämie, Milztumor fanden sich nirgends, Schweiße, Meteorismus vereinzelt. Die Frage nach der Ätiologie fand auch unter den weniger komplizierten Verhältnissen dieser Altersstufe keine befriedigende Lösung. Unter den begünstigenden Momenten steht die Domestikation, schlechte Wohnungs- und Arbeitsbedingungen an erster Stelle. Die Phosphorlebertranbehandlung brachte in allen Fällen die Beschwerden zum Rückgang; der vorzügliche therapeutische Effekt ließ sich im Verlaufe weniger Monate am Radiogramm verfolgen.

Diskussion: Aschenheim fand bei einem Kranken mit Spätrachitis dieselben Blutveränderungen wie bei der infantilen Rachitis.

Uffenheimer berichtet über eine eigene Beobachtung bei 15 jährigem Mädchen.

Ibrahim fragt nach den Werten für die elektrische Erregbarkeit der Nerven, hat selbst Spätrachitis mit Tetanie kombiniert beobachtet.

Feer betont die Wichtigkeit der „respiratorischen Noxe“ als ätiologischen Faktors, weist auf die Möglichkeit von Beziehungen zum Genitalapparat, nach Analogie der Osteomalazie, hin.

Tobler hat in einem Falle die elektrische Erregbarkeit gesteigert, aber nicht in sicher pathologischem Maße gefunden.

Vogt (Straßburg i. E.): **Zur Pathologie und Pharmakologie der Atmung im Kindesalter.** Spirometrische Untersuchungen, die Verf. in Gemeinschaft mit Dr. Lederer ausgeführt hat, ergaben, daß Alkohol auch beim Kind zur Steigerung der absoluten Atmungsgröße und der Atemtiefe führt. Atropin hatte keinen ausgeprägten Einfluß bei Fällen von sog. Bronchitis asthmatica. Bei Kindern mit chronischen Erkrankungen der Respirationsorgane fand sich in Übereinstimmung mit den Befunden von Gregor eine Steigerung der Exkursionsweite der absoluten Atmungsgröße und eine herabgesetzte Exkursionsweite der Atemtiefe. Bei willkürlicher vertiefter Atmung kommt es bei diesen Kindern nicht zu Verlangsamung der Atmung, sondern im Gegenteil oft zu Beschleunigung.

Zybell (Leipzig): **Beiträge zur Behandlung der Spasmophilie.** Z. hat an Hand fortlaufender, kurzfristiger Untersuchungen der elektrischen Erregbarkeit ein großes Tetaniematerial auf die Beeinflussung durch verschiedene Faktoren geprüft. Aussetzen der Nahrungszufuhr macht fast regelmäßig ein Ansteigen der Erregbarkeit. Dem raschen oder langsamen Abfall vom 2. Tage an folgt bei längerer Karenz oft ein erneuter Anstieg. Die klinischen Erscheinungen erfuhren in 27% der Fälle eine deutliche Verschlimmerung. Die Nahrungsentziehung ist nur da am Platze, wo die konkurrierende Ernährungsstörung sie erheischt. Mit der Nahrungszufuhr hängt wahrscheinlich das An- und Abschwellen der Erregbarkeit im Laufe des Tages zusammen; sie ist morgens am höchsten, abends am niedrigsten. Kuhmilch wirkt nicht schlechthin spasmogen. Nervöse Störungen und Erregbarkeit können auch unter ihrem Gebrauch zurückgehen. Eine besondere Heilkraft der Kohlehydratkost war nicht zu erkennen. Wirksam ist die Ernährungsweise, die ein möglichst ungestörtes Gedeihen des Kindes garantiert. Die „Kontrastnahrung“ wirkt oft günstig. Die transitorische antispasmotische Wirkung der Kalziumsalze machte sich in 28 Versuchen 17 mal an der elektrischen Erregbarkeit, nicht an den klinischen Erscheinungen geltend. Neben der hemmenden hat das Ca eine erregende Wirkung; eine solche kommt regelmäßig den Kalziumsalzen zu.

Diskussion: L. F. Meyer sah günstige Wirkungen von hohen Dosen Calcium bromatum (2—3 g pro die) auf spasmophile Krämpfe und Laryngospasmus; das Mittel soll später mit Phosphorlebertran kombiniert werden.

Lust: Bei älteren Kindern bedeutet KÖZ unter 5 Milliampère nicht immer Spasmophilie; für dieses Alter fehlen Normalzahlen. Im 1. Lebenshalbjahr ist das Peroneusphänomen von diagnostischem Wert.

Grosser fragt nach dem Einfluß interkurrenter Krankheiten, besonders der Pneumonie, auf die Tetanie. Diesbezüglich konnte Thiemich gelegentlich sehr differentes Verhalten feststellen. Um Standardzahlen für das spätere Kindesalter zu erhalten, wird man Kinder vom ersten Jahr an fortlaufend untersuchen und alle pathologischen ausscheiden müssen. Auch Ibrahim sah verschiedene, aber nicht gesetzmäßige Einflüsse interkurrenter Krankheiten auf die Tetanie; auffallend war das Zusammenfallen schwerer Symptome mit der pneumonischen Krisis. Den Hungertag möchte Ibrahim in der Therapie nicht missen. Man individualisiere.

Koch betont die günstige Wirkung des Chloralhydrates. Dieses läßt nach Zybell die elektrische Erregbarkeit unbeeinflußt.

Grosser (Frankfurt a. M.): **Über das Verhalten parenteral zugeführter Kalksalze im Organismus.** Injiziert man rachitischen Säuglingen glyzerin-phosphorsauren Kalk, so steigt die Kalkretention von wenigen Prozenten auf über 60%; außer der gesamten injizierten Menge wird auch noch ein erhöhter Prozentsatz des Nahrungskalkes retiniert. In der Nachperiode kehrt die Ca-Retention zur Norm zurück. Von Kalziumchlorid dagegen wird die in der Hauptperiode retinierte geringe Menge in der Nachperiode wieder ausgeschieden, so daß es zu negativer Bilanz kommt. Die Verfütterung von Glyzerinphosphorsäure und damit von Lezithin ist für den Phosphoransatz nicht wertvoller als die von anorganischen Phosphaten, da die Säure durch ein Ferment im Darm gespalten wird.

Diskussion: Heubner (Göttingen) fragt, welche Glyzerinphosphorsäure benutzt wurde, die symmetrische oder die asymmetrische.

Grosser: Es handelt sich um eine Mischung beider mit Zusatz von Acid. citric.

L. F. Meyer weist auf die oft sehr starken lokalen Reizerscheinungen hin; entstehende Depots können Retention vortäuschen.

Ibrahim (München): **Über Hydrocephalus internus.** Vortr. sieht das Wesen des floriden Hydrocephalus internus in einem dauernden Mißverhältnis zwischen Sekretion und Resorption des Liquors. Er hat gefunden, daß nach interner Urotropindarreichung die Formaldehydreaktionen nicht nur im Lumbalpunktat, sondern auch im Ventrikelpunktat positiv ausfallen, ferner daß das Urotropin bei normalen Kindern innerhalb gesetzmäßiger Frist wieder aus dem Lumbalpunktat verschwindet, während diese Resorptionszeit bei 3 hydrozephalen Kindern erheblich verlängert war. Bei 3 nicht mehr progredienten Wasserköpfen war die Resorptionszeit nicht größer als bei normalen Kindern. Vortr. hofft, diese Tatsachen zu einer diagnostisch und prognostisch verwertbaren Funktionsprobe für das normale zirkulatorische Verhalten der Zerebrospinalflüssigkeit ausbauen zu können.

Scheltema (Groningen): **Tuberkuloseinfektion unter dem poliklinischen Material des Groninger Kinderkrankenhauses.** 520 Kinder des poliklinischen Materials zwischen 0 und 14 Jahren wurden der (eventuell 2 maligen) Kutanprobe unterworfen. Der Vergleich mit dem Wiener Material ergibt:

Es reagierten positiv:

Lebensjahr:	1.	2.	3. u. 4.	5. u. 6.	7.—10.	11.—14.
	%	%	%	%	%	%
In Wien	1	9	27	51	71	94
In Groningen	4	$9^1/_2$	18	26	$40^1/_2$	57

Die großen Unterschiede erklären sich einmal aus der überhaupt kleineren Tuberkulosefrequenz in Holland, sodann aus den durchweg besseren Wohnungsverhältnissen der ärmeren Bevölkerung.

Diskussion: Schlossmann: Die bekannten Wiener Zahlen gelten nur für die ungewöhnlich schlechten sozialen Verhältnisse des dortigen Proletariats. Die Tuberkulose ist eine Proletarier- und Kinderkrankheit und wird meist enterogen erworben; die Inhalationstuberkulose ist ein Märchen!

Köppe fand in kinderreichen Familien ein nach Geschlechtern verschiedenes zeitliches Auftreten der Kutanreaktion.

Feer hält gegenüber Schlossmann die viel größere Wahrscheinlichkeit der bronchogen entstehenden Tuberkulose fest.

Camerer (Stuttgart): **Anwendung und Wirkung des elektrischen Dauerwärmers im Säuglingsalter, besonders bei Frühgeburten.** Vortr. demonstriert den Apparat, den er nach sorgfältiger Prüfung als sehr brauchbar gefunden hat, und bespricht seine Vorzüge vor anderen Erwärmungsmethoden.

Uffenheimer (München): **Über Arthritismus im Kindesalter und Harnsäureausscheidung.** 2 Knaben mit echtem Arthitismus, 7 und 11 Jahre alt, zeigten die typische „Normalkurve" der Harnsäureausscheidung mit raschem Aufstieg nach Verfütterung purinhaltiger Nahrung und Abfall auf die vorherigen Werte der endogenen Ausscheidung im Verlauf einiger Tage. Ein 4 1/2 jähriger Asthmatiker, ein 13 jähriges neuropathisches Mädchen und eine 3 jährige Pseudoskrofulose (Lymphatismus) zeigten nach Verfütterung purinhaltiger Nahrung eine verschleppte Ausscheidung oder eine kaum veränderte Ausscheidungskurve. U. hofft durch weitere Untersuchungen zur klinischen Abgrenzung verwandter Krankheitsbilder beitragen zu können.

Diskussion: Langstein warnt vor den Irrwegen der früheren Gichtforschung; zuverlässige Schlüsse erlaubt nur die Harnsäurebestimmung im Blut. Derselben Ansicht ist Camerer, der auch die sog. „Normalkurve" für schwerlich zutreffend hält.

4. Sitzung am Sonntag, den 24. September 1911.

Vorsitzender: Salge (Freiburg i. B.).

Freudenberg (München): **Zur Kenntnis des kindlichen Myxödems.** Vortr. hat die Assimilationsgrenze für Traubenzucker bei einem Fall von ausgeprägtem Myxödem eines 14 jährigen 17,5 kg schweren Kindes bei 125 g gefunden; für Lävulose bei 25, für Galaktose bei 20 g. Mit 1 mg Adrenalin subkutan konnte in 3 Versuchen Glykosurie erzeugt werden. Atropin und Pilokarpin beeinflußten dieselbe nicht. Gegen Pilokarpin war das Kind hochgradig unempfindlich. Wesentliche Symptome des Myxödems stellen diejenigen eines erniedrigten Tonus autonomer Nerven dar. Solche sind: die verengte Lidspalte, die tiefe Stimme, Impotenz, Obstipation und vielleicht die Anhidrosis. Die starke Speichelsekretion ist, weil durch Atropin unbeeinflußbar, nicht auf eine durch antonome Nerven vermittelte Erregung zurückzuführen. Die oft beobachtete Pulsverlangsamung ist durch die geringe Intensität des allgemeinen Stoffwechsels bedingt. Auch die häufig beobachtete Erhöhung der Assimilationsgrenze für Dextrose glaubt Vortr. zum Vagustonus in Beziehung setzen zu dürfen.

Tobler (Heidelberg): **Über das Verhalten von Wasser und Kochsalz bei akuten Gewichtsverlusten.** Vortr. berichtet kurz über die Einrichtung der internationalen Laboratorien am Monte-Rosa. Gemeinsam mit Cohnheim, Kreglinger und Weber hat Vortr. Untersuchungen über Blutveränderungen im Hochgebirge und speziell über die chemischen Vorgänge bei akuten Gewichtsverlusten durch gesteigerte Perspiratio insensibilis angestellt. Die Versuchspersonen erlitten bei angestrengtem Steigen in strahlender Sonne Gewichtseinbußen von mehreren Kilogrammen. Dieselben wurden bei gewöhnlicher Kost jeweilen am darauffolgenden Tage eingeholt. Bei kochsalzfreier Diät erfolgte die Restitution verlangsamt und nur partiell. Einen Teil des verlorenen Wassers konnte der Organismus erst nach NaCl-Zufuhr wieder ansetzen; bis dahin wurden vermehrte Harnmengen sezerniert. Die Versuche ergaben eine Bestätigung der theoretischen Anschauungen des Vortr. über die 3 Phasen des Wasserverlustes beim akuten Gewichtsabfall (Konzentration — Reduktion — Destruktion).

5. Sitzung vom Montag, den 25. September 1911.

Vorsitzender: Schlossmann (Düsseldorf).

Camerer (Stuttgart): **Vererbung, Gedeihen und Schwinden eines Geschlechts nach mehrhundertjährigen Familienmitteilungen.** Vortr. hat aus Aufzeichnungen seiner direkten Vorfahren aus Familienarchiven und anderen Quellen interessante Daten über seine eigene Familie zusammengestellt. Dieselben geben u. a. Auskunft über Kinderzahl, Kindersterblichkeit, Heiratsalter, Morbidität und Mortalität im Laufe mehrerer Jahrhunderte.

Determann (Freiburg-St.Blasien): **Über Hydro-Aëro-Klimato-Therapie im Kindesalter.** (Referatthema.) Vortr. sucht die Grundlagen einer rationellen physikalischen Behandlung aus der physiologischen Eigenart des Kindes abzuleiten. Diese kommt unter anderem in der relativen Schwäche der Regulierungsfähigkeit der kindlichen Zelle, dem großen Oberflächenvolumquotienten, der Zartheit der Schleimhäute zum Ausdruck. Auf den thermischen Reiz antwortet der Organismus unter Eintritt einer Reaktion, wobei die Tätigkeit aller Organe eine Änderung erfährt. Wahl und Abstufung des thermischen Eingriffes müssen sich nach der Konstitution und der momentanen Reizempfänglichkeit richten. Wasser ist zur kürzeren, Luft zur längeren Anwendung geeigneter. Die Leichtigkeit, mit der beim Kinde Schwankungen im Funktionsspiel herbeigeführt werden können, mahnt zu besonders sorgfältiger Dosierung. Kühle Prozeduren sind bei fieberhaften Erkrankungen wohl verwendbar, Packungen besser als Bäder. Bei Respirationserkrankungen eignen sich besonders warme Bäder mit kühler Übergießung, bei Asthma und exsudativer Diathese kurze, heiße Tauchbäder. Zur allgemeinen Abhärtung sind Luftbäder vorzuziehen, für lebensschwache Säuglinge eignet sich die Freiluftliegekur. Die durch das Höhenklima veranlaßten Anpassungen zu leisten, ist der kindliche Organismus in besonderem Maße befähigt; schon Säuglinge vertragen ganz hohes Klima vorzüglich. Die Staub- und Keimarmut, die Kühle im Sommer, die reichliche Besonnung im Winter kommen dem Kinde besonders zustatten. Winterkuren im Gebirge sind in vielen Fällen von einschneidender Bedeutung.

Gmelin (Wyk-Föhr-Südstrand): **Thalassotherapie des Kindesalters.** (Referatthema.) Im wesentlichen wird die Nordsee als Repräsentant des ozeanischen Klimas in Deutschland behandelt. Sie vereinigt schonende und übende Faktoren; zu den ersteren gehören die Gleichmäßigkeit der Temperatur, die Feuchtigkeit und Reinheit der Luft, im Sommer die starke direkte und seitliche Belichtung, die Bewegung der Luft. Sie in erster Linie bewirkt die Tonisierung des ganzen Organismus. Ihr Angriffspunkt ist die Haut, deren Abkühlung den Stoffwechsel anregt, reflektorisch die Zirkulationsorgane kräftigt, deren Abstumpfung gegen Kältereize das Nervensystem beruhigt, deren funktionelle und anatomische Kräftigung abhärtet. Die Indikationen des Seeklimas umfassen die konstitutionellen Schwächezustände in ihren verschiedenen Formen und Folgen, besonders die der Prophylaktiker, die exsudative Diathese in der Form der Neigung zur Erkältung und Katarrhen, zu asthmatischer Bronchitis, zu Ausschlägen und Skrofulose. Von der eigentlichen Tuberkulose gehören in das Seeklima die chirurgische Tuberkulose, von den Lungenerkrankungen nur die fieberfreien Anfangsstadien. Mehr benützt wird allmählich die See für nervöse Kinder. Voraussetzung für eine erfolgreiche Kur bei konstitutionellen Leiden ist ein längerer Aufenthalt, bei dem daher Gelegenheit zum Unterricht geboten werden muß. Auch funktionelle Schwäche der Verdauungs- und Zirkulationsorgane werden sichtlich gebessert. Das Seeklima kann daher als Tonikum angesehen werden, das zurückgebliebene Organe zur Entwicklung anspornt, abnorme Stoffwechselvorgänge zurechtbringt. Es soll aber wenigstens für kranke Kinder als differentes, wohl abzuwägendes Medikament betrachtet werden,

Diskussion: Hecker ist in manchen Einzelfragen anderer Ansicht; Abhärtungsprozeduren hält er für zwecklos, vermißt die Erwähnung verschiedener hydrotherapeutischer Prozeduren, spricht für den Wert der Luft- und Sonnenbäder. — Feer erwähnt den Einfluß des Höhenklimas auf die Rachitis. — Pauli macht auf Unterschiede zwischen Nord- und Ostsee aufmerksam; mit Bronchitiden hatte er an der Nordsee bessere Erfolge.

6. Sitzung vom Dienstag, den 26. September 1911.

Vorsitzender: Feer (Heidelberg).

Dieterle (Zürich): **Zur Pathologie des infantilen Myxödems.** Die Untersuchung der Halsorgane in kontinuierlicher Serie bei einem ausgeprägten Fall von Myxödem ergab vollständiges Fehlen des linken Lappens, Umwandlung des rechten in eine Struma nodosa colloides mit äußerster Atrophie des nicht strumösen Randgewebes. Die schon vom ersten Jahre an bestehenden klinischen Erscheinungen von Hypothyreosis besserten sich im 2. Dezennium spontan mit dem Anwachsen der Struma; vielleicht darf diese als ein Anlauf zur kompensatorischen Hypertrophie aufgefaßt werden.

Die Rekonstruktion der gesamten Serie führte zur Auffindung eines vollkommen ausgebildeten, zur hinteren Fläche des Zungenbeins hinabführenden Ductus lingualis. Bei eingehenden kritischen Studien bezüglich der Auffassung dieses Gebildes ergab sich dem Vortr., daß der als „Ductus thyreoglossus" bezeichnete Kanal mit der Schilddrüse nichts zu tun hat, sondern einem Konvolut rudimentärer Speicheldrüsen angehört, das sich manchmal noch in der Umgebung des Zungenbeines ausbildet.

Rohmer (Köln): **Über das Elektrokardiogramm des Diphtherieherztodes.** R. hat zum ersten Male versucht, die Frage, inwieweit Schädigungen des Reizleitungssystems für die schweren diphtherischen Herzstörungen in Betracht kommen, mit Hilfe des Saitengalvanometers zu lösen. Er teilt die Elektrokardiogramme von 3 Fällen mit, von denen in einem völlige atrioventrikuläre Dissoziation bestand. In den beiden anderen ist eine solche einmal fast sicher anzunehmen, das andere Mal unwahrscheinlich: da jedoch beide Male infolge der angewandten Ableitung I die Vorhofzacken auf der Kurve nicht zum Ausdruck kamen, so sind sie für die Entscheidung der gestellten Frage nicht mit Sicherheit zu verwerten.

In allen 3 Fällen zeigt die Ventrikelschwankung ganz ungewöhnliche, in ihrer Form wechselnde Kurven. Dieselben gewähren einen Einblick in die durch die schwere Schädigung des Myokards bedingten Störungen im Ablauf der Ventrikelkontraktion. Diese stellen wahrscheinlich die wesentliche, in allen Fällen vorhandene Form der diphtherischen Herzschädigung dar, zu welcher unter Umständen eine solche des Reizleistungssystems sehr erschwerend hinzutritt.

Cron (Heidelberg): **Anlage und Durchführung heilpädagogischer Spezialübungen.** Vortr. erörtert die im normalen Empfinden und Urteilen heilpädagogisch bedürftiger Jugendlicher begründete Schwierigkeit der ärztlich-pädagogischen Feststellungen, betont den Zusammenhang aller Störungen mit der Organisation und Funktion des Zentralorgans und die Möglichkeit der Einwirkung von außen, insbesondere bei den Hautgruppen, d. i. bei den Komplikationen der geistigen Mängel mit Gebrechen des Sprachorgans und der Gliedmassen, und behandelt als hervorzuhebende Heilwege die Regelung der Gesamternährung und der Durchblutung, die Schaffung von der Übung günstigen Affekten durch Bevorzugung des Willensmomentes und die soziale Betonung der Übungsarbeit durch Vergesellschaftung der Übungen in Wertarbeit, durch welche die Individualisierung nicht nur nicht leiden müsse, sondern erheblich vertieft werden könne.

Schlesinger (Straßburg): **Neueres aus der schulärztlichen Tätigkeit.** Die Anstellung von Schulärzten an Gymnasien und Realschulen ist kaum weniger notwendig als an den Volksschulen. Blutarmut und neuropathische Konstitution finden sich hier viel häufiger, ohne indes, wie die eigentlichen Schulkrankheiten, im Lauf der Schuljahre zuzunehmen. Volle Beachtung verdient schon die ganz geringe Kurzsichtigkeit der Lernanfänger; aus ihr entwickelt sich unter dem Schuleinfluß die hochgradige Kurzsichtigkeit. In bezug auf Gewicht, Länge, Gesamtkonstitution übertreffen die Insassen der höheren Schulen die Volksschulen beträchtlich.

Bewährt hat sich die ehrenamtliche Anstellung freiwilliger Schulpflegerinnen aus den Kreisen der höheren Stände, welche heilbedürftige Schulkinder gleichgültiger Eltern besuchen und sie nötigenfalls dem Arzte zuführen. Dieselbe Kategorie von Kindern wird zur Behandlung in die Schulpoliklinik bestellt, welche für solche Kinder unentbehrlich ist, die sonst der Behandlung nicht zugeführt werden.

In der Diskussion wenden sich die Herren Czerny, Siegert, Pauli gegen das Institut des Schularztes an höheren Schulen und gegen den Mißbrauch der Polikliniken. Ersterer protestiert gegen die Lehre von den sogen. Schulkrankheiten; es gibt nur „Krankheiten der Schulkinder"; besonders deplaziert ist der Ausdruck bei der Skoliose; Falkenheim ist hierüber anderer Ansicht.

IV. Neue Bücher.

O. Heubner. **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** 3. Auflage. 2 Bände. Verlag von Joh. Ambr. Barth, Leipzig. Preis: 35 Mk.

In 7 Jahren 3 Auflagen eines recht umfangreichen Werkes, eines Werkes aus einem medizinischen Spezialgebiet, das leider nicht nur während des Universitätsstudiums recht stiefmütterlich behandelt zu werden pflegt, sondern auch später nicht immer die rechte Würdigung erfährt. In 7 Jahren 3 Auflagen: das besagt, daß recht viele Kollegen sich bewogen gefühlt haben, tief in ihre Geldtasche zu greifen, um das Werk ihr eigen nennen zu können. Und sie werden diese Ausgabe nicht bereut haben. Ein ausgezeichnetes Buch, aus dem man viel, sehr viel lernen kann, das in allen Nöten der Praxis nie versagt, stets ein vorzüglicher Berater ist. Der Verfasser hat wieder viel umgearbeitet und verbessert, er hat diesmal auch dem Text ebenbürtige Abbildungen dem Werke beigegeben. Wir werden wohl nicht lange auf eine 4. Auflage zu warten brauchen.

Grätzer.

A. Onodi. **Die Nebenhöhlen der Nase beim Kinde.** Würzburg, C. Kabitzsch. Preis: 20 Mk.

Die schönen Tafeln, welche 102 Präparate in natürlicher Größe darstellen, entnommen den kindlichen Köpfen verschiedenen Lebensalters, vom ersten Auftreten der Nasennebenhöhlen an bis über den Beginn der Pubertät hinaus, geben eine sehr gute Vorstellung von der fortschreitenden Ausbildung der Stirnhöhlen, der Kieferhöhlen, der Keilbeinhöhlen und der Siebbeinzellen. Wer sich über den verwickelten Bau der Nebenhöhlen beim Kinde genau orientieren will, findet hier ausgezeichnete Gelegenheit dazu, und diese Orientierung wird zu diagnostischen Zwecken sowie bei operativen Eingriffen in hohem Grade zweckdienlich sein. Wir können das prächtige Werk Kinderärzten, Chirurgen, Rhinolaryngologen, Ophthalmologen und Otologen aufs angelegentlichste empfehlen. Grätzer.

Bandelier und Koepke. **Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose.** 6. Auflage. Würzburg, C. Kabitzsch. Preis: 6,60 Mk.

Rasch ist der 5. Auflage dieses Buches die neue gefolgt, die mit Recht als „erweiterte und verbesserte" bezeichnet wird. Wenngleich beim ersten Erscheinen des Werkes dasselbe die freundlichste Aufnahme fand und allenthalben als mustergültig bezeichnet wurde, haben die Verfasser doch nicht auf ihren Lorbeeren ausgeruht, sondern sind immer weiter bestrebt gewesen, ihre Arbeit mehr und mehr auszubauen. So ist jetzt wieder ein neues Kapitel eingefügt: die Obrtuberkulose. Trotzdem ist das Buch kompendiös geblieben, und das wird nicht zum kleinsten Teile dazu beitragen, daß es sich noch viele Freunde erwerben wird.

Grätzer.

V. Monats-Chronik.

Stettin. Am 1. November 1911 wurde im Magdalenenstift bei Stettin ein neues Säuglingsheim eingeweiht; die ärztliche Leitung desselben hat Herr Dr. med. P. Jödicke in Stettin übernommen.

Heidelberg. Dr. Lust ist an Toblers Stelle zum Oberarzt der Kinderklinik ernannt.

Klausenburg. Priv.-Doz. Dr. Genersich hat den Titel a. o. Prof. erhalten.

Gestorben: Der Pädiater Dr. J. A. Coutts in London.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XVII. Jahrgang. Februar 1912. Nr. 2.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

Seite

II. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Neue Bücher. — V. Therapeutische Notizen.

VI. Monats-Chronik.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVII. Jahrgang. 1. Februar 1912. Nr. 2.

I. Originalbeiträge.

Über die Anwendung von Angiers Emulsion in der Frauen- und Kinder-Praxis.

Von

Dr. **Planer** (Berlin-Friedenau).

Seit mehreren Monaten wende ich in der allgemeinen Praxis bei rachitischen und skrofulösen Kindern wie bei Frauen mit anämischer Konstitution mehrfach Angiers Emulsion gegen Appetitmangel, Unterernährung und daraus resultierender allgemeiner und Nervenschwäche, und zwar mit offenbar hervorragendem Erfolge, an. Insbesondere konnte ich bei Frauen, die durch Blutverluste z. B. nach Aborten geschwächt waren und auch nicht den mindesten Appetit zeigten, konstatieren, daß Angiers Emulsion in wenigen Tagen der Verdauungskraft und das Verlangen nach Speisen außerordentlich günstig beeinflußt.

Angiers Emulsion ist im wesentlichen eine Zusammensetzung von unterphosphorigsaurem Kalzium und unterphosphorigsaurem Natrium, die in einer feinen öligen Paraffin-Glyzerinlösung suspendiert sind. In 100 ccm Emulsion Angier sind enthalten:

1,13 Calcium hypophosphoric.
0,87 Natrium hypophosphoric.
0,65 Natrium benzoicum
5,42 Glycerin
34,7 Paraffin. liquidum purissim.

Die Verwendung eines reinen Kohlenwasserstoffes als Vehikel für die phosphorsauren Salze ist als eine entschieden vorteilhafte zu bezeichnen, denn zum Unterschied von Lebertran wird das Paraffin. liquid. nicht ranzig und bleibt in Verbindung mit anorganischen Salzen unbeschränkt haltbar. Bei darniederliegender Verdauung reguliert das Paraffin. liquidum die Darmtätigkeit, dasselbe wird nicht resorbiert, sondern es paralysiert die als Produkte der Eiweißgärung in reichlichen Mengen im Darmkanal abgespaltenen Indol-, Skatol- und Indikan-Stoffe zu nicht resorptionsfähigen, unlöslichen und unschädlichen Verbindungen, so daß eine desinfizierende und gärungswidrige

Wirkung einerseits sich im Darmkanal (Kolon und oberem Rektum) vollzieht, andererseits der durch den Mangel an phosphorsaurem Salze unterhaltene Darmkatarrh, der sich durch Blähsucht und Auftreibung des Abdomens kundgibt, zur endlichen Ausheilung gelangt.

Es hat sich deshalb Angiers Emulsion zur Behandlung von Fällen chronischer Obstipation sehr nützlich gezeigt. Auch bei tuberkulösem Darmkatarrh habe ich in einem Falle eine auffallende gute Wirkung beobachtet. Des ferneren habe ich bei skrofulösen Kindern und rachitisch anämischen Kindern, die meist einen ziemlich aufgetriebenen Unterleib im Anfange der Behandlung zeigten, durchweg gute Erfolge beobachtet. Mit der Erreichung des Appetits trat in einigen 4—6 Wochen eine wesentliche Aufbesserung des Ernährungszustandes und Schwinden der rachitischen Symptome ein.

Bei Frauen mit ausgeblutetem Uterus hat mir Angiers Emulsion in 4 Fällen eine vorzügliche Hebung des Appetits und Stärkung des Allgemeinbefindens herbeigeführt.

Was die Fälle von leichten Lungenspitzenkatarrhen anbetrifft, so habe ich in 2 Fällen, die ich mit Angiers Emulsion behandelt habe, nicht nur Besserung des Appetits, sondern auch vollkommenes Schwinden der vorhandenen Dämpfung in einigen 5—6 Wochen beobachtet. — Der Husten, der im Anfang ziemlich quälend und kratzend war, hat in dem einen Falle nach etwa 14tägiger Medikation sich ganz verloren. In allen von mir behandelten Fällen ließ ich folgende Diät anwenden:

I. Früh Tee, Zwieback, Semmel, rohes Obst.
II. 2. Frühstück: Fleischbrühe, Buttersemmel.
III. Mittagessen: weißes gebratenes Fleisch (Kalb, Taube, Huhn, Fisch) grünes Gemüse, reichlich Semmel.
IV. Wasserkakao, Semmel.
V. Hafermehl oder Gerstenflockensuppe (in Wasser gekocht), Honigsemmel, rohes Obst.

Verboten wurden: Milch, Eier, Käse, Hülsenfrüchte, die bekannten starken Stickstoffbildner, sowie gekochtes Fleisch, schwarzes und geräuchertes Fleisch, Wein, Bier, Alkohol.

Bei Säuglingen gab ich: 3 mal täglich 10 Tropfen in Himbeerwasser stets $^1/_2$ Stunde nach den 3 Mahlzeiten. Bei Kindern von 2—4 Jahren: 3 mal $^1/_2$ Teelöffel voll, von 4—12 Jahren 3 mal 1 Teelöffel. Bei Erwachsenen 3 mal 2 Teelöffel.

Das Medikament wurde in allen Fällen ausgezeichnet vertragen und gern genommen. Ich gebe in folgendem eine Übersicht der bis jetzt behandelten Fälle.

Frauen:

1. Frau L. in F., 37 Jahre alt, sehr geschwächt durch wiederholte Aborte, hochgradige Blutarmut, elendes Aussehen, Abmagerung, Abneigung gegen Nahrungsaufnahme, chronische Obstipation seit Jahren. Täglich 3 mal 1 Teelöffel Angiers Emulsion 1—2 Stunde nach dem Essen, nach einer Woche um das Doppelte steigend. Vom 3. Tage der Verordnung ab guter Appetit auf gemischte Kost, regelmäßig einmaliger breiiger Stuhlgang, ausgiebig, nach 14 Tagen blühendes Aussehen bei vorzüglicher Nahrungsaufnahme.

2. Frau H. in W., 22 Jahre alt, durch einen Abort sehr heruntergekommen, Fluor und Verdauungsschwäche, elendes Aussehen, Widerwillen gegen Fleisch. Erhält seit 14 Tagen 3 mal 1 Teelöffel, nachher 8 Tage 3 mal 2 Teelöffel ½ Stunde nach dem Essen. Aussehen seit 8 Tagen besser, zunehmender Appetit, Stuhlgang seit dem 8. Tage regelmäßig, von allein und ausgiebig. Kann nach 18 tägigem Gebrauch alles mit Appetit genießen. Stuhlgang immer regelmäßig.

3. Frau E. in Ch., nach einer Ausschabung der Gebärmutter infolge langandauernden Uteruskatarrhs sehr elend und appetitlos. Stuhlgang stets verstopft. Gebraucht seit 10 Tagen Angiers Emulsion 3 mal täglich 2 Teelöffel mit auffallender Besserung des Appetits, Stuhlgang regelmäßig, täglich einmal.

4. Frau G. in F., Gebärmutterausschabung vor 3 Wochen infolge chronisch gonorrhoischen Fluors. 1 Tag hohes Fieber, dann Zurückgang aller entzündlichen Erscheinungen, dabei aber gänzlich appetitlos und total verstopft. Angiers Emulsion 3 mal 2 Teelöffel ½ Stunde nach dem Essen vom 5. Tage ab nach der Operation — vortreffliche Einwirkung auf den Stuhlgang, der gleich vom 2. Tage der Verordnung ab sich selbst einstellt, Appetit reichlich, vorzügliche Nahrungsaufnahme und sehr gutes Aussehen.

5. Frau D. in F., Husten und Magenschwäche. Tuberkulöse Familie. Stuhlgang stets verstopft. Nimmt seit 4 Wochen die ersten 8 Tage 3 mal 1 Teelöffel Angiers Emulsion, dann 3 mal 2 Teelöffel mit folgendem Resultat: Husten verschwunden, Appetit bedeutend gehoben, kann 3 mal täglich große Portionen gemischte Kost zu sich nehmen, Stuhlgang spontan, regelmäßig, jeden Morgen. Lungenkatarrh in deutlichem Verschwinden: keine bronchitischen Geräusche beim Exspirieren mehr.

Kinder:

1. G. R. in Berlin N. 3 jähriger Knabe. Skrofulöse Drüsen am Hals, Inguinalgegend, blutarmes, elendes Aussehen, Kopfschwäche, geringe Nahrungsaufnahme, weigert sich Milch und gemischte Kost zu nehmen. Nase verstopft — skrofulöse Ozaena und Mandelanschwellung. Behandlung vom 13. Februar bis 19. April 1911. Angiers Emulsion 3 mal täglich ½ Teelöffel pro Tag bewirkte: regelmäßigem Stuhlgang, Zunahme des Appetits, besonders gutes Wohlbefinden bei der milchfreien, obengenannten Diät. Gewichtszunahme in 28 Tagen über 6 Pfund. Die Drüsen sind bei der letzten Besichtigung sämtlich geschwunden, Aussehen frisch, keine Ozaena und Mandelschwellung mehr; Patient soll die Emulsion noch 4 Wochen gebrauchen.

2. Olga N. in F. 9 Jahre. Appetitlosigkeit, Blutarmut, Rachitis und Basedowsche Krankheit. Hochgradige Stuhlverstopfung, elendes Aussehen. Verordnung: Angiers Emulsion 14 Tage 3 mal ½ Teelöffel, dann 14 Tage 3 mal 1 Teelöffel.

Zunächst trat vom 2. Tage ab regelmäßig spontaner Stuhlgang ein; der Appetit wurde vom 3. Tage ab wesentlich besser, insbesondere bekam die eingangs erörterte Diät sehr gut. Gewichtszunahme in 4 Wochen 6½ Pfund. Nach 4 wöchentlicher Kur gutes Aussehen, keine Müdigkeit mehr; guter Appetit, Abnahme der Halsanschwellung und Besserung der Herztöne, rachitische Erscheinungen ganz im Verschwinden.

3. Charlotte H. in F. 4½ Jahre; elendes Aussehen, Appetitlosigkeit, Abmagerung fast bis auf die Knochen, äußerst blutarm, hartleibig seit Monaten. Milchkost schlecht vertragen. Verordnung Angiers Emulsion 2½ Monate: wird gut vertragen. Aufbesserung des Appetits, Gewichtszunahme von 8 Pfund in der 12. Woche der Kur. Kann alles genießen, hat regelmäßigen Stuhlgang, blühendes Aussehen und zeigt ein fröhliches, aufgewecktes Wesen.

4. Paul D. in F. 5½ Jahre alt, anämisches Aussehen; hat mangelnden Appetit und wenig Stuhlgang. Lungenschwäche, von den Eltern belastet. Angiers Emulsion 3 Monate hat aus dem Kinde einen blühenden Knaben gemacht, der eine wesentliche Gewichtszunahme erfahren und guten Ernährungszustand zeigt. Eine Fistel an dem rechten Fußgelenk, die mit heißen Bestrahlungen und Karbolwasserumschlägen behandelt wurde, ist zur Zeit glatt ausgeheilt.

Soweit die Krankengeschichten. Weitere Fälle könnte ich noch ca. 9 anführen, in welchen die Patienten sehr gute Erfolge aufweisen. Ich habe die Überzeugung, daß **Angiers** Emulsion ein sehr wertvolles Mittel in unserem Arzneischatz für die Zukunft bedeutet und gegen Unterernährung bei rachitischen und anämischen sowie insbesondere skrofulös-tuberkulösen Patienten mit in die vorderste Reihe unserer Heilmittel gehört und andere bekannte Mittel wie das Levikowasser und den Phosphorlebertran durch seine Erfolge weit übertrifft.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Carl Beck, Eisensajodin in der Kinderpraxis. (Aus dem Kinderheim in Frankfurt a. M.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 5 und 6.) Empfehlung der Eisensajodin-Schokoladetabletten. Sie enthalten ca. 5,6 % Eisen und ca. 25 % Jod, gebunden an dieselbe hochmolekulare Fettsäure, der das Sajodin seine Löslichkeit in den Lipoiden des Organismus verdankt. Er hat sich bei anämischen, rachitischen und skrofulösen Säuglingen und älteren Kindern als wirksames Tonikum zur Hebung des Ernährungszustandes und zur Anregung der Blutbildung bewährt. Hecker.

Cornelius May (Worms), Beitrag zum habituellen Ikterus gravis der Neugeborenen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 5 und 6.) Vier aufeinanderfolgende Neugeborene eines gesunden Elternpaares gehen an hochgradigem Ikterus ohne Zeichen von Lues oder Sepsis zugrunde. Die Todesursache ist offenbar in einer Autointoxikation zu suchen infolge Durchtränkung des ganzen Organismus mit den Gallenbestandteilen. Die Ätiologie ist dunkel. Hecker.

Arthur Franz (Beelitz), Über Bau und Einrichtung von Kinderkrankenhäusern mit Säuglingsabteilung vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 5 und 6.) Ausgezeichnete detaillierte Vorschriften, die für jeden, der ein Kinderkrankenhaus baut oder für einen solchen Bau tieferes Verständnis gewinnen will, unentbehrlich sind, die sich aber zu kurzer Wiedergabe nicht eignen. Hecker.

Bernard Schmidt, Über Milchhämolyse. (Aus dem Laboratorium der akademischen Klinik für Kinderheilkunde zu Düsseldorf.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 5 und 6.) Die von Bauer und Sassenhagen empfohlene hämolytische Probe ist zum Nachweis der Kolostral- und Mastitismilch durchaus geeignet. Sie beruht auf der Tatsache, daß im Kuhkolostrum und in der kranken Kuhmilch hämolytisches Komplement in unvergleichlich größerer Menge vorhanden ist als in normaler Kuhmilch. Dabei kann das Meerschweinchenblut

gleichwertig durch Kaninchenblut ersetzt werden; man muß sich durch Vorversuche von der Brauchbarkeit des Rinderserums stets überzeugen; doch sind fast alle Sera gesunder Rinder für diesen Zweck brauchbar. Auch in der normalen Milch lassen sich mit Hilfe eines Immunserums stets geringe Mengen von Komplement nachweisen, doch ist diese Menge gegenüber dem Gehalt des Kolostrums und der Krankenmilch an Komplement so gering, daß sie bei Verwendung der Bauer-Sassenhagenschen Versuchsanordnung nicht zum Ausdruck kommt. Hecker.

Dr. med. vet. **Heuner,** Untersuchungen zur Biologie der Milch mittels der anaphylaktischen Methode. (Aus dem Laboratorium der akademischen Kinderklinik zu Düsseldorf.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 5 und 6.) Kasein, Albumin und Globulin sind in Milch und Kolostrum als getrennte Antigene zu betrachten. Die Milch ist also ein Komplex von Antigenen. Alle 3 Eiweißkörper sind bis zu einem gewissen Grade biologisch verwandt. Globulin und Albumin stehen sich untereinander näher, während Kasein etwas abseits steht. Kolostrum und Mastitismilch haben mehr mit dem Blutserum gemeinschaftliche Antigene als die gewöhnliche Milch. Alle diese biologischen Befunde lassen sich ebenso wie durch Komplementbindung oder Präzipitation auch durch anaphylaktische Versuche zur Darstellung bringen.

Die anaphylaktisierenden Substanzen einer Körperflüssigkeit sind auch dieselben, die bei der Nachbehandlung die anaphylaktischen Reaktionen veranlassen. Durch die Trennung der einzelnen Eiweißfraktionen oder gar Eiweißkörper einer organischen Flüssigkeit lassen sich nicht Anaphylaktogen oder Anaphylaktin voneinander trennen. Die anaphylaktische Methode gibt keine so weitgehende Spezifizierungsmöglichkeit wie die Komplementbindungen. Hecker.

A. O. Karnitzky (Petersburg), Zur Physiologie und Pathologie der Säuglingsernährung. Vorläufige Mitteilung. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 5 und 6.) Beobachtungen und Betrachtungen über die Umwälzungen im Säuglingskörper beim Übergang von der natürlichen zur künstlichen Ernährung. Hecker.

Giovanni de Gaetani Giuntra (Catania), Über ein prämonitorisches Zeichen für die Diagnose von akuter Infektionskrankheit. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 5 und 6.) Das Zeichen besteht in Anschwellung der Lymphdrüsen der Achsel, Hals- und Weichengegend in der Inkubationsperiode von Masern, Scharlach, Varizellen, Mumps, Diphtherie und Keuchhusten. Dabei hat weder das Alter noch das Geschlecht irgendwelchen Einfluß. Qualitativ zeigt sich kein Unterschied nach der Natur der Infektion. Auch bestehen keine quantitativen Unterschiede zwischen Intensität der Drüsenaffektion und der betreffenden Infektionskrankheit. Hecker.

K. A. Heiberg, Über Diabetes bei Kindern. (Aus dem Riga-Hospital, Abteilung A., Kopenhagen.) Mit 8 Abbildungen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 5 und 6.) Zusammenstellung zweier pathologisch-anatomisch untersuchter und ganz verschiedenartiger Fälle von

Glykosurie. Bei dem einen waren die Langerhansschen Inseln im Pankreas an Zahl, beim andern an Größe vermindert. Einige Bemerkungen über das Verhalten des Pankreas bei Neugeborenen.

Hecker.

G. E. Wladimiroff (Moskau), Zur Frage über (?) die Scharlachvakzination und Anginen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 5 und 6.) Empfehlung der Gabritschewskyschen Methode der subkutanen Einführung von Scharlachvakzine (abgetötete Scharlachstreptokokken) zur Prophylaxe des Scharlachs. Ein so behandelter Fall war vor dem Ausbruch einer scharlachähnlichen Erkrankung — „Vakzinscharlach" — gefolgt. Die Stadtverwaltung Moskaus wendet die Scharlachvakzination bereits in großem Maße an.

Hecker.

Leonard Findlay, Über den Ursprung der Anthrakose der Lungen. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 293.) Bekanntlich haben die durch Calmettes Schüler, Vansteenberghe und Grysez, durchgeführten Versuche das eigentümliche Resultat ergeben, daß die Lungenanthrakose durch Resorption des Pigments vom Darm aus zustande kommt und nicht auf dem Luftwege. Tiere, bei denen der Ösophagus durch eine Ligatur verschlossen war, bekamen keine Anthrakose, trotzdem sie gezwungen waren, eine stark rußhaltige Luft einzuatmen. Diese Versuche wurden vornehmlich zu dem Zwecke ausgeführt, um zu beweisen, daß der Einbruch der Tuberkelbazillen beim Menschen durch den Darm erfolgt und nicht durch Inhalation. F. hat die Versuche neuerlich aufgenommen und zum Teil an Kaninchen ausgeführt. Das Pigment wurde beigebracht durch Einatmung, durch den Magen und durch intraperitoneale Injektion. Die Resultate dieser Versuche lauten:

1. „Lungenanthrakose" kann leicht durch Einatmung von rußbeladener Luft erzeugt werden, auch bei Ligatur des Ösophagus.

2. „Lungenanthrakose" kann nicht durch Fütterung mit einer Emulsion von Ruß oder chinesischer Tusche verursacht werden.

3. Pigmentation der Mesenterialdrüsen kann nicht durch Fütterung mit einer Emulsion von Ruß oder chinesischer Tusche erzeugt werden.

4. Soweit die künstlich erzeugte Lungenanthrakose einen Schluß zuläßt, gibt sie der Ansicht keinen Rückhalt, daß der Tuberkelbazillus durch den Darm eindringt. Kohlensaures Eisen wurde jedoch bei den Fütterungsversuchen reichlich in den Mesenterialdrüsen abgesetzt. Der Unterschied zwischen Ruß und Eisen dürfte in der Löslichkeit des Eisenkarbonates liegen. Der Ruß wirkt im Darm als Fremdkörper und hat für den Aufbau des Körpers keine Bedeutung; die Schleimhaut des Darmes übt eine auswählende Tätigkeit aus. Deswegen meint auch F., daß die Darmschleimhaut die Einwanderung des Tuberkelbazillus eher bekämpfen als unterstützen wird.

Freilich muß berücksichtigt werden, daß der Tuberkelbazillus als lebender Organismus andere Wirkung ausüben kann. Wenn nur ein einziger Bazillus die Darmschleimhaut durchdringt, hat er die Fähigkeit, sich zu vermehren.

Schick.

Gustav Tugendreich, Über schlechte Entwicklung von Geschwistern während der Stillung. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 312.) T. hat an der von ihm geleiteten Säuglingsfürsorgestelle in Berlin wiederholt Gelegenheit, die Entwicklung schlecht gedeihender Säuglinge mit dem Gewichtswachstum ihrer Geschwister zu vergleichen, die ehedem als Säuglinge ebenfalls der Obhut der Fürsorge unterstanden. Hierbei fand sich oft auch bei den Geschwistern eine Gewichtskurve, die weit unter der Norm lag, obwohl die Geschwister späterhin gut gediehen waren. Diese Prognose gibt dem Arzt eine gewisse Beruhigung.

Aus einem einschlägigen Material teilt T. einige Beispiele mit. Alle Kinder sind Brustkinder oder zeigen doch bereits an der Brust ihre schlechte Entwicklung. Dabei hatte die Mutter genügend Nahrung in der Brust. Ernstere Krankheitserscheinungen, die den abnormen Verlauf der Gewichtskurve erklären könnten, fehlen. Die in 5 Tabellen registrierten 11 Kinder zeigen ein normales, zum Teil übernormales Geburtsgewicht. Exsudative Diathese ist nicht die Ursache der schlechten Entwicklung. T. meint, daß das schlechte Gedeihen der Brustkinder, wenn besondere Ursachen fehlen, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle „familiär“ ist. **Schick.**

Davidson, Beitrag zum Chemismus des Säuglingsmagens. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 420.) D. bekämpft die Verwertbarkeit der Aziditätsbestimmung mit Hilfe der Titration. Das einzige richtige Maß für die Azidität einer Flüssigkeit ist die Konzentration der Wasserstoffionen. Als souveräne Methode für derartige Bestimmungen ist die der Gaskettenmessung anzusehen (s. Michaelis und Davidson, Zeitschr. f. exp. Path. u. Therapie 1910. Bd. 8). Die Frage der Azidität ist deswegen von Bedeutung, weil von dem Grade der Azidität die gute Wirksamkeit des Pepsins abhängig ist. D. konnte bei Untersuchung von 4 Kindern nachweisen, daß der Säuregrad des Mageninhaltes zu gering ist, um eine nennenswerte Pepsinwirkung im Magen künstlich genährter Säuglinge zu erzielen, trotzdem Pepsin im Säuglingsmagen vorhanden ist. In einer Schlußbemerkung erörtert D. die Möglichkeit der Identität von Pepsin und Lab. **Schick.**

J. Ibrahim, Kaseinklumpen im Kinderstuhl im Zusammenhang mit Rohmilchernährung. 1. Mitteilung. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. Nr. 2. S. 55.) I. hat schon seit vielen Jahren beobachtet, daß Säuglinge, die aus irgendeinem therapeutischen Grunde — meist bei Barlowscher Krankheit — Rohmilch bekamen, in ihren Stühlen gelbweiße, käseartige Klumpen ausschieden, die wie Mandelkerne aussehen. Nach den Versuchsergebnissen Talbots dürften diese Klumpen aus Kasein bestehen. Wo Dyspepsien bestehen, treten sie leichter auf, sie sind aber auch bei völlig gesunden Kindern zu finden. Es ist fraglich, ob das Auftreten dieser Klumpen als Ausdruck einer „Eiweißdyspepsie“ anzusehen ist. Über die Bedeutung der beschriebenen Gebilde will I. Untersuchungen durchführen.

Schick.

W. Schlieps, Wandertrieb psychopathischer Knaben und Mädchen. (Klinik Czerny.) Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10.

Nr. 2. S. 65.) Der Wandertrieb mancher Kinder, der sich in Schulschwänzen, grundlosem Davonlaufen und Umherwandern kundgibt, ist meist ein Zeichen psychopathischer Minderwertigkeit. Schl. berichtet über drei von ihm beobachtete Fälle (1 Knabe, 2 Mädchen). Die Therapie hat die Aufgabe, das einmalige Davonlaufen nicht zur Gewohnheit werden zu lassen. Insbesondere ist auf das Krankhafte des Symptoms hinzuweisen. Ist das Wandern einmal habituell geworden, dann vermag nur Anstaltsbehandlung zu helfen. Schick.

Ernst Tezner, Über die Spezifität der Pirquetschen Reaktion. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. Heft 3. S. 131.) T. hat bei Kindern neben Impfungen mit Alttuberkulin nach Pirquet auch solche mit Kolitoxin vorgenommen und findet, daß die Kolitoxinreaktion bei Kindern im allgemeinen so ausfällt wie die Tuberkulinreaktion. Danach zeigen also Kinder mit positivem Pirquet, das sind Kinder, die mit Tuberkulose infiziert zu betrachten sind, Überempfindlichkeit auch gegen Kolitoxin. T. hat analoge Versuche mit Choleratoxin und Pepton vorgenommen, die aber keine Übereinstimmung im Ausfall der Reaktionen zeigten.

T. erklärt diesen Unterschied damit, daß der Organismus durch die Infektion mit Tuberkulose nicht nur auf Tuberkulin, sondern auch auf solche Toxine überempfindlich wird, mit denen er früher in Wechselbeziehung getreten ist. Diese Überempfindlichkeit erstreckt sich jedoch nicht auf andere Toxine, mit denen der Organismus niemals in Berührung gekommen ist. Schick.

L. Kaumheimer, Über akute Nephritis nach impetiginösen Hauterkrankungen. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. Heft 3. S. 139.) Den impetiginösen Hautaffektionen ist für die Entstehung der akuten Nephritis im Kindesalter eine wichtige ätiologische Rolle zuzuerkennen. K. sah unter 223 Fällen von Impetigo 21 mal Nephritis. Säuglinge sind vor dieser Komplikation fast völlig geschützt, Erwachsene werden viel seltener als Kinder betroffen. Es ist wahrscheinlich, daß die Nephritis in der Hauptsache durch bakterielle Toxine verursacht ist. Nicht die primäre Hauterkrankung (Ekzem, Prurigo usw.), sondern die sekundäre Pyodermie ist als die Ursache dieser infektiös bedingten Nephritis anzusehen.

Meistens handelt es sich um eine akute hämorrhagische Nephritis. Der Ausgang ist in weitaus der Mehrzahl der Fälle ein günstiger.
Schick.

G. Jörgensen, Über die Bedeutung der pathologisch-anatomischen Veränderungen der Glandulae parathyreoideae für die Pathogenese der kindlichen Tetanie. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. Heft 3. S. 154.) Ein 7 Monate altes Kind mit typischer Tetanie stirbt im Spitale. J. untersuchte alle 4 Epithelkörperchen in Serienschnitten (ca. 1000 Schnitte) und fand vollständig normale Verhältnisse. Die Epithelkörperchentheorie der Tetanie kann also nicht durch Nachweis pathologisch-anatomischer Veränderungen gestützt werden. Die Bedeutung der Epithelkörperchen

für die Pathogenese der infantilen Tetanie ist soweit noch immer eine offene Frage. Schick.

Czerny, Sind die adenoiden Wucherungen angeboren? (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. Heft 3. S. 162.) Erdely hat im Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 73, die Frage: Sind die adenoiden Wucherungen angeboren? auf Grund seiner poliklinischen Beobachtungen bejahend beantwortet. C. tritt mit Schärfe dieser Anschauung entgegen. Die erwähnte Frage läßt sich einzig und allein durch pathologisch-anatomische Untersuchungen an Neugeborenen entscheiden. C. und Bartenstein haben bei derartigen Untersuchungen negatives Resultat gehabt. Die Hypertrophie der Rachenmandel entwickelt sich bei Kindern mit exsudativer Diathese im zweiten und dritten Lebensjahr oder noch später. Nur selten ist sie im ersten Lebensjahr bemerkbar. Dagegen kommt entzündliche Schwellung der Schleimhaut des Nasenrachenraums infolge infektiöser Vorgänge beim Säugling vor. Dieses Symptomenkomplex erzeugt dasselbe Bild wie die Hypertrophie der Rachentonsille. Zum Schlusse gibt C. folgendes Resumé: „Wer die exsudative Diathese kennt, deren Ernährungstherapie und sonstige Behandlung beherrscht, der wird in den meisten Fällen operative Eingriffe an der Rachenmandel vermeiden können."

Schick.

Hans Kleinschmidt, Die Ursachen der Sommersäuglingssterblichkeit. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. Heft 3. S. 163.) Polemik gegen Rietschel, der den Aufsatz Kl.s angegriffen. Kl. betont, daß der sichere klinische Nachweis dafür noch aussteht, daß durch die Hitze allein Symptome von seiten des Magendarmtraktus im Sinne des Sommerbrechdurchfalles ausgelöst werden, und deshalb, sowie auf Grund seiner eigenen negativen Versuche behauptet Kl., daß die Hitze allein nicht imstande ist, die Sommererkrankungen der Säuglinge hervorzurufen, die Hitze könne höchstens ein unterstützendes Moment für den schweren Verlauf der Erkrankungen abgeben. Schick.

B. Hahn, Die Behandlung der Chorea minor durch Salvarsan. (Aus der Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg und der Medizin. Univers.-Poliklinik in Marburg.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 34.) 3 Fälle — Patienten von 17, 12 und 13 Jahren —, die durch intravenöse Salvarsanbehandlung recht günstig beeinflußt wurden. Heilung nach 8—28 Tagen.

Die Kranken nahmen an Gewicht zu. In allen Fällen nahmen in den ersten Stunden nach der Injektion die motorischen und psychischen Erscheinungen zu. Grätzer.

Martens, Über erschwertes Dekanülement und Larynxatresie nach Diphtherie. (Aus der Chirurg. Abteilung des Krankenhauses Bethanien in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 35.) Von 390 Tracheotomierten sind 143 gestorben (31,6 %), von den 247 Geheilten sind alle ohne Kanüle geheilt entlassen worden, bis auf 2 Fälle, die aus äußeren Gründen vor Beendigung der Behandlung das Krankenhaus verließen. — Das relativ seltene Vorkommen ernsterer Schwierig-

keiten beim Dekanülement bezieht M. auf die Bevorzugung der Tracheotomia inferior und das möglichst frühzeitige Dekanülisieren. Traten Schwierigkeiten ein, so wurden zunächst Fensterkanülen angewandt, eventuelle polypöse Granulationen entfernt, Stenosen wurden mit Roserschen Strikturenonden gedehnt, dann durch Intubation. Verschlußmembranen bzw. -narben erfordern ausgedehntere Spaltung der Trachea bzw. des Larynx und Entfernung. Resektionen der Trachea waren nicht erforderlich.
Grätzer.

A. Wolff, Über die Beeinflussung der Körpertemperatur im späten Kindesalter durch geringe Anstrengungen. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Göttingen.) (Berl. klin. Wochenschr. **1911.** Nr. 39.) In der poliklinischen Sprechstunde der Göttinger Kinderklinik fielen häufig Kinder durch ihre fast ständig fieberhaften Ankunfttemperaturen auf, für die die wiederholte Untersuchung keinen erklärenden Befund ergab. Da die Kinder meist blaß, schlecht ernährt und matt waren, lag der Verdacht einer Tuberkulose nahe. Oft genug erlebte man jedoch, daß diese Kinder eine negative Kutanreaktion auf Tuberkulin zeigten. Maß man diese Kinder nach einer Ruhe von 25—30 Minuten abermals, so sah man meistens, daß die Eigenwärme jetzt normale, teils auch subnormale Werte zeigte. Man mußte sich also sagen, daß die Anstrengung des zurückgelegten Weges vielleicht in einem bestimmten Verhältnis zur Körperwärme stehe. So kam W. dazu, systematische Versuche anzustellen über das Verhältnis Temperatur zur Anstrengung beim Kinde, in der Hoffnung, bei Tuberkulose vielleicht ein bestimmtes Schema finden zu können.

Die ausgeruhten Kinder mußten 7 mal eine 4m hohe Treppe herauf- und herunterlaufen; sie wurden unmittelbar vor und nach und dann 5, 15 und 25—30 Minuten nach der Anstrengung gemessen. Die Kinder unterschied man wieder je nachdem, ob sie eine positive oder negative Kutanreaktion hatten, oder ob ausgesprochene Symptome der exsudativen Diathese vorhanden waren. Zur Kontrolle dieser anfälligen, matten Kinder untersuchte man gesunde Kinder, die harmlose Affektionen wie geringe Verletzungen, Pedikulose oder Wurmkrankheiten in die Behandlung führten.

So stellte man die Versuche bei 50 Kindern an; es schieden natürlich die Kinder aus, die an einer fieberhaften Erkrankung litten. Zur Messung wurden staatlich geprüfte Maximalminutenthermometer verwandt, die, 6—7 cm in den Anus eingeführt, 2—3 Minuten unter ständiger Kontrolle liegen blieben. Die Kinder ruhten bald im Wartezimmer, bald im Untersuchungszimmer, bald im Freien aus; einen verschiedenen Einfluß der Umgebung konnte man nicht finden.

Die beigefügte Tabelle zeigt namentlich, daß die meisten Kinder mit Temperaturen über 37,8 eintrafen, die bei längerem Warten normalen Werten Platz machten, also nicht die normalen Temperaturen des Kindes darstellten. In 47 Fällen, in denen die Anfangstemperatur konstatiert wurde, war das 37 mal der Fall. Geringer und seltener sind die Reaktionen auf das Treppensteigen. Nur 23 mal in 99 Fällen finden sich Steigungen von 0,35 und darüber, doch ist diese Anstrengung eine so geringe gewesen, daß man sich überhaupt wundern

muß, so häufig Reaktionen zu finden. War doch ein schnelleres Laufen bei der engen Wendeltreppe der damaligen Kinderstation kaum möglich, auch stellte das Herablaufen immer eine Art von Erholung dar.

Vergleicht man die verschiedenen Gruppen miteinander, so zeigt sich, daß ein Unterschied sich nicht nachweisen läßt. Das schwächliche wie das gesunde Kind, das tuberkulös infizierte, wie das tuberkulosefreie Kind verhält sich gleich. Damit darf die Labilität der Temperatur in dem angedeuteten Grade als Zeichen einer latenten tuberkulösen Infektion unter keinen Umständen bewertet werden.

Die teils enormen Temperaturschwankungen (1° durch das Treppenlaufen) nach geringen Anstrengungen müssen wir als eine typische, normale Eigenschaft des kindlichen Alters bezeichnen.

Es genügt ein Spaziergang von 10 Minuten, ein Treppensteigen, wie Kinder in einem Mietshause oftmals am Tage ausführen — kurz, Anstrengungen, wie sie im täglichen Leben bei jeder Gelegenheit vorkommen und kaum als solche empfunden werden —, um starke Schwankungen der Eigenwärme (bis zu 38° und darüber) hervorzurufen, die man bisher für pathologisch zu halten berechtigt schien.

Welche Irrtümer sich durch solche kleine vorangegangene Anstrengungen ergeben können, liegt auf der Hand.

Eine Normalkurve der kindlichen Eigenwärme kann daher nur unter Berücksichtigung dieser Faktoren gewonnen werden, und vergleichbar wären daher nur Temperaturwerte, gemessen bei absoluter Bettruhe. Denn wenn es möglich ist, daß ein Angekleidetwerden bei einem Kinde, das erst kürzlich angefangen hatte aufzustehen, eine Temperatursteigerung von 0,8° bewirkt, so kann jede Veränderung der Verhältnisse, die zu erwähnen man nicht für nötig hält, die Kurve fälschen.

Natürlich ist aus diesen leichten Steigerungsmöglichkeiten im höchsten Grade wahrscheinlich, daß empfindliche Kinder auf die Erhöhung ihrer Temperatur mit Unlusterscheinungen antworten und daß darin begründet ist, daß viele Kinder Spaziergänge nicht als Erfrischung, sondern als Überanstrengung und Ermattung empfinden. Hierdurch erklärt sich auch wohl die bessere Wirkung des freien Spiels, bei dem Bewegung und Ruhe, je nach Bedürfnis, miteinander abwechseln.

Grätzer.

Blochmann, Zur Diagnose der larvierten Diphtherie im jungen Kindesalter. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Göttingen.) (Ebenda.) Wie bekannt, verläuft die Diphtherie beim Neugeborenen stets als Nasendiphtherie in chronischer, scheinbar harmloser Form. Wohl sieht das Kind öfters zu Anfang recht verfallen aus, aber nur, wenn das Brusttrinken Schwierigkeiten macht und das Kind daher dürstet. So sollte ein wenige Tage altes Ammenkind, das ungefähr 24 Stunden erkrankt war und nachts schlecht getrunken hatte, klinisch demonstriert werden, um den Studenten den Eindruck des Schwerkrankseins beim jungen Kinde zu zeigen. Eine Flasche Tee, die ihm vorher gereicht wurde, belebte das Kind so, daß es in keiner Weise mehr als krank auffiel. So kann B. sagen, daß 6 Neugeborene,

die an Nasendiphtherie erkrankt waren, keinesfalls elender aussahen als gleichaltrige an Schnupfen erkrankte, die zum Vergleich untersucht wurden. Nur bei den in den ersten 5—6 Tagen erkrankten macht mitunter diphtherische Nabelentzündung auf die Natur des Leidens aufmerksam; und diese kann denn auch durch Bauchfellentzündung zum Tode führen. Ob sich in diesem Alter schon ein chronischer Verlauf der Nasendiphtherie entwickeln kann, konnte B. nicht feststellen, da alle Fälle rechtzeitig mit Heilserum behandelt wurden. Aber auch bei ihnen ist der Verlauf ein im wesentlichen fieberloser.

Die chronische Nasendiphtherie des älteren Säuglings ist bekannt genug; nur hüte man sich den in den Lehrbüchern als pathognostisch hervorgehobenen blutig-eitrigen Ausfluß zu erwarten, der fehlt in einer Reihe von Fällen auch dauernd. So bei einem 6—7 monatigen Kinde, das über 6 Wochen hindurch an schwerem Schnupfen ohne Ausfluß litt, aber auffällig appetitlos und krank war und schließlich nach 6 wöchiger Krankheitsdauer an Krupp zugrunde ging. In anderen Fällen macht Übergang auf die Konjunktiva auf das Leiden aufmerksam.

In weiteren, gewiß nicht häufigen Fällen kann sich die Erkrankung vom Nasenrachenraum auf das Mittelohr fortsetzen, wie die Fälle von Duel und Pollack beweisen, ohne daß in der Nase direkt etwas nachgewiesen wird. B. sah in einem Falle bei einem Brustkinde unter den Zeichen des Verschlusses des Nasenrachenraumes eine diphtherische Nekrose des gesamten Trommelfelles einer Seite. In einem zweiten Falle, bei dem die Nasenuntersuchung einen negativen Befund gab, wurden durch Parazentese beiderseits reichlich fibrinöse Membranen entleert; allerdings war hier bei eingehender Untersuchung der Nachweis von Diphtheriebazillen nicht zu führen gewesen.

Freilich sind diese Fälle wohl selten; aber vielleicht, wenn man diesen Krankheitszuständen eine sorgfältige Aufmerksamkeit schenken würde, würde man sie nicht mehr als Raritäten betrachten müssen. Stets wird die Lokalisation in der Nase für den Säugling die wichtigste bleiben.

Daß diese Erkrankung jedoch nicht auf das Säuglingsalter beschränkt ist, beweist der Fall eines 8jährigen Knaben, der wegen „skrofulösen Schnupfens“ in unsere Behandlung kam. Die sorgfältige Untersuchung der Nase ergab auch hier diphtherische Beläge auf einer Muschel; die bakteriologische Untersuchung sicherte die Diagnose.

Die Untersuchung der Nase hat B. nun auch bei allen Schnupfenerscheinungen angewendet, die während der akuten Erkrankungen in irgendeiner Weise Verdacht erregten; so fand er bei zwei Masernkindern, einmal kurz nach Beendigung des Exanthems, im andern Falle zwei Wochen später, während zugleich Pneumonie bestand, eine diphtherische Rhinitis.

Es ist ja bekannt, wie leicht Masern sich mit diphtherischer Erkrankung verbinden und wie traurig die Prognose des diphtherischen Krupps bei Masern ist. Vielleicht würde gerade eine häufiger vorgenommene Nasenuntersuchung bei Masernkranken uns den ersten

Infekt kennen lehren und uns eine erfolgreiche Therapie mit frühzeitigen Injektionen von Heilserum ermöglichen.

Die Grippe-Epidemie des Spätwinters lehrte B. dann weitere Kombinationen von Diphtherie kennen. So sah er bei einem Kinde, das lange Zeit wegen Lungenentzündung auf einer Abteilung lag, auf der es in keiner Weise einer Infektion ausgesetzt war, mit einem Male einen Schnupfen auftreten, während die Lungenentzündung im Rückgange sich befand. Die Nasenuntersuchung, die nach 12 Stunden vorgenommen wurde, zeigte diphtherische Beläge am Septum, zugleich war Heiserkeit und Stenose eingetreten. Bei einem achtmonatigen Brustkinde komplizierte sich in unauffälliger Weise eine seit etwa $2^1/_2$ Wochen bestehende Bronchitis durch Schnupfen und etwas heiseren Husten; auch hier ergab die Nasenuntersuchung rechzeitig die richtige Diagnose.

Außer der Nasendiphtherie spielen die anderen Formen larvierter Diphtherie eine geringe Rolle, so die Diphtherie der Vulva, die B. einmal bei einem 4jährigen Kinde sah, und die Diphtherie bei intertriginösen Ausschlägen.

Doch kann sich einmal an eine solche Erkrankung des jüngsten Kindes eine regelrechte Diphtheria faucium zweier anderer Kinder der Familie anschließen, wie es beispielsweise in einer Beobachtung der Fall gewesen ist. Nur die richtige Erkenntnis derselben kann anzeigen, daß auch die anderen Kinder der betreffenden Familie von Diphtherieinfektion bedroht sind.

Als Rarität mag ein Fall von Anusdiphtherie gelten, der bakteriologisch nur wahrscheinlich gemacht ist. Grätzer.

S. Hadda, Simulation einer Albuminurie. (Aus der Chirurg. Abteil. des israel. Krankenhauses in Breslau.) (Berlin. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 40.) 12jähriges Mädchen wurde ins Krankenhaus gebracht, weil im Harn Eiweiß in großen Mengen sei. Das stimmte auch bei dem Harn, den die Mutter mitbrachte, und bei den Harnportionen, die das Kind hatte, wenn die Mutter es im Krankenhaus besuchte; sonst war der Urin eiweißfrei. Nachdem man auf den Verdacht gekommen war, daß die Mutter dem Harn Hühnereiweiß beimischte, stellte man ihr eine Falle und kam zur Gewißheit, daß der Verdacht richtig war. Auch die chemische Untersuchung bestätigte dies.

Die Mutter zog aus der Krankheit des Kindes Vorteil; der Vormund mußte höhere Geldsummen gewähren. Grätzer.

B. Salge, Ein Beitrag zur Pathologie des Mehlnährschadens der Säuglinge. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Freiburg i. B.) (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 36.) S.s Darlegungen knüpfen an an die Beobachtung, daß in der Mehrzahl der Fälle eine schwere Schädigung des Organismus durch die einseitige Ernährung mit Mehlabkochungen und ähnlichen Gemischen gesetzt wird, daß aber in einigen Fällen trotz einer im genannten Sinne extrem fehlerhaften Ernährung der Schaden ein mäßiger, die Reparation relativ leicht ist. Derartige Beobachtungen, die an jedem größeren Säuglingsmaterial gemacht werden können, zwingen zu der Vorstellung, daß die ungeeignete Nahrung nicht allein das Krankheits-

bild entstehen läßt, sondern daß dafür auch noch das Verhalten des einzelnen Organismus gegenüber dieser Nahrung von Bedeutung ist.

Die Erhaltung des milieu interne, wie es Claude Bernard genannt hat, gegenüber der Außenwelt und also auch der Nahrung ist die hauptsächlichste Aufgabe jedes höheren Organismus, die er durch wesentliche Regulationen zu erfüllen hat. Je besser diese Fähigkeit ausgebildet ist, desto besser ist der Organismus für den Lebenskampf gerüstet, desto besser ist seine Konstitution.

Zu den hier notwendigen Regulationen gehört als einer der primitivsten und der Untersuchung relativ leichtest zugänglichen die Erhaltung des Wasser- und Salzgehaltes der Körperflüssigkeit, des osmotischen Druckes des Blutes.

S. hat früher gezeigt, wie sich eine Untersuchung namentlich des Gefrierpunktes des Säuglingsserums, von dem naturgemäß immer nur sehr kleine Mengen zur Verfügung stehen, ermöglichen läßt und daß beim Säugling die Fähigkeit, Salzgehalt und osmotischen Druck zu regulieren, noch unvollkommen ausgebildet ist, um so unvollkommener, je jünger das Kind ist.

Diese Unvollkommenheit zeigt sich natürlich dann am stärksten, wenn die Aufgaben, die an den Organismus in dieser Richtung gestellt werden, besonders schwierige sind. Sie tritt deswegen gar nicht hervor bei der natürlichen Ernährung und macht sich deutlich geltend bei einer Nahrung, die wesentlich nur aus Kohlehydraten und sehr wenig Asche besteht. Eine solche Nahrung begünstigt die Wasserretention und bietet nicht genügend Salze zum Ersatz der Salzausgaben des Organismus. Die Aufgabe für die Regulierung ist also eine schwierige und wird tatsächlich in vielen Fällen nicht erfüllt.

In einer Reihe von Fällen, in denen eine länger dauernde Fütterung mit Mehl usw. stattgefunden hatte, zeigten sich Werte, die auf eine starke Verdünnung des Blutserums hinweisen.

Mit dem Refraktometer bestimmtes Eiweiß fand sich 4—5 %, ein Wert, der auch für das eiweißärmere Säuglingsserum sehr klein ist. k war 84×10^{-4} und Δ 0,41—0,46, als außerordentlich nieder.

Erholten sich die Kinder unter Frauenmilch, so zeigten spätere Bestimmungen, daß wieder normale physikalische Verhältnisse im Blutserum eingetreten waren. In einem Fall, der längere Zeit beobachtet werden konnte, bei dem aber die Reparation trotz Frauenmilch nicht gelang, blieben die pathologischen Werte bestehen, der Organismus war also unfähig geworden, selbst unter den günstigsten Bedingungen wieder eine normale Zusammensetzung seines Blutserums herzustellen.

Schon bei früheren Untersuchungen war es S. aufgefallen, daß beinahe gleichartige äußere Bedingungen in bezug auf eine Störung der beschriebenen Art nicht die gleiche Wirkung zeigten, daß also die Fähigkeit der Kinder, mit einer unzweckmäßigen Nahrung fertig zu werden, auch in dieser Beziehung recht verschieden sind. Allerdings handelt es sich da um nicht gar zu lange Perioden der fehlerhaften Mehl- oder Schleimnahrung, ferner waren die Kinder anfangs gestillt und relativ kräftig in die Zeit der Schädigung eingetreten.

Neuerdings hatte S. Gelegenheit gehabt, einen Fall zu sehen, der außerordentlich deutlich zeigt, wie groß die Bedeutung der Konstitution in dem eingangs erwähnten Sinne ist.

Der Fall ist bemerkenswert, weil ein sehr junges Kind eine milchlose Ernährung mit Haferschleim während zweier Monate ertragen hat, ohne klinisch nachweisbare schwerere Schädigungen erlitten zu haben und ohne die schweren Veränderungen im physikalischen Verhalten seines Blutserums zu zeigen, die bei anderen ebenso fehlerhaft ernährten Kindern wiederholt angetroffen wurden.

Diese Erfahrung und Beobachtung lehrt, daß es bei der Entstehung der Krankheitsbilder, die wir als Nährschäden bezeichnen, nicht allein auf die fehlerhaft zusammengesetzte Nahrung als vielmehr darauf ankommt, wie sich der Organismus gegenüber den Aufgaben verhält, deren Bewältigung ihm durch diese falsche Ernährung zugemutet werden. In der Mehrzahl der Fälle scheint der junge Säugling unter einseitiger Kohlehydratnahrung schwer zu leiden und einen oft nicht reparablen Schaden davonzutragen; in einigen Fällen aber zeigt er sich befähigt, selbst einer solchen Schädigung standzuhalten, wenigstens für eine Zeit, in der bei anderen, weniger günstig konstituierten Kindern schon ein Zusammenbruch erfolgt ist. So mag es wahrscheinlich sein, daß auch bei dem mitgeteilten Fall eine weitere Schleimfütterung schließlich doch das Bild des schweren Mehlnährschadens hätte entstehen lassen, aber die Tatsache bleibt bestehen, daß das Kind auffallend lange diese fehlerhafte Ernährung ohne tiefgreifende Störung ertragen hat.

Hält man sich ferner vor Augen, daß in den auch klinisch als schwer erkennbaren Fällen von Mehlnährschaden das Blutserum deutlich eine sehr starke Aschenverarmung erkennen läßt, die hier fehlt oder nur gering ist, so muß die Frage aufgeworfen werden, ob für die Entstehung des bekannten Bildes des Mehlnährschadens mehr die einseitige Überlastung des Stoffwechsels mit Kohlehydraten oder die Salzarmut dieser Nahrung verantwortlich gemacht werden muß.

S.s Untersuchungen und Beobachtungen scheint letzteres zum mindesten ein wesentlicher Faktor für die Entstehung des Krankheitsbildes zu sein und dessen Zustandekommen begünstigt oder verzögert zu werden von der Fähigkeit des Organismus, einer gefährlichen Salzverarmung entgegenzuwirken, durch entsprechende Regulation des Wasser- und Salzgehaltes.

Diese Fähigkeit muß sicher zum großen Teil als konstitutionell bedingt angesehen werden, sie wird aber zweifellos auch bestimmt durch den Ernährungszustand, mit dem das Kind in die Periode der einseitigen, salzarmen Kohlehydratnahrung eingetreten ist. In den meisten Fällen verdankt ja der Mehlnährschaden seine Entstehung therapeutischen Sünden. Bei künstlicher Milchnahrung ist es zu einer Verdauungsstörung gekommen, die mit der Darreichung von Mehl- oder Schleimabkochungen begegnet werden soll. Gehen dabei die äußeren Erscheinungen der Verdauungsstörung zurück, enttäuscht ein Versuch, zur Milchnahrung zurückzukehren, so wird die scheinbar so gut bekömmliche milchlose Nahrung weitergegeben, namentlich da sie

auch anfangs durch ihr Vermögen, die Wasserretention zu begünstigen, einen Ansatz vortäuschen kann.

Trifft das ein Kind, das durch profuse Durchfälle Salz in erheblicher Menge verloren hat, so wird es ihm viel schwerer möglich sein, sich der Salzverarmung durch eine einseitige Mehl- oder Schleimnahrung zu erwehren, als einem Organismus, der wenigstens mit normalem Salzgehalt in diese gefährliche Ernährungsperiode eintritt.

Die vorstehenden Beobachtungen und Überlegungen scheinen geeignet, wieder darauf hinzuweisen, daß es bei der Beurteilung von Ernährungsstörungen des Säuglings wesentlich darauf ankommt, die Fähigkeit des Organismus kennen zu lernen, die lebenswichtige normale Zusammensetzung seiner Säfte zu erhalten oder unter gewählten günstigen Bedingungeu wieder herzustellen, mag die Möglichkeit dazu durch die konstitutionellen Momente oder vorangegangene Schädigungen nun begünstigt oder erschwert werden.

Bisher ist das nur für wenige, relativ grobe Regulationsvorgänge, zu denen die Erhaltung des Salzgehaltes und des osmotischen Druckes des Blutserums gehören, möglich, doch ist durchaus berechtigte Hoffnung vorhanden, daß es auch für das Studium feinerer Regulationen, wie das Verhältnis der einzelnen Salze zueinander, gelingen wird, geeignete Methoden zu finden.

Eines geht aus der vorstehenden Mitteilung klar hervor: es ist ganz unmöglich, aus äußeren Ernährungsbedingungen allein auf die Entstehung eines bestimmten Krankheitsbildes schließen zu wollen.

Ganz unmöglich erscheint es ferner, ein Schema für die Ernährungsstörungen des Säuglings aufzustellen, wie es wieder und wieder in der Pädiatrie versucht worden ist. Äußere Bedingungen einerseits, Zustand und Fähigkeit des Organismus den Aufgaben, die diese äußeren Bedingungen stellen, gerecht zu werden andererseits, machen so mannigfaltige Kombinationen möglich, daß jede Schematisierung erfolglos bleiben muß. **Grätzer.**

G. Avellis (Frankfurt a. M.), Das Pseudofieber der Kinder. (Ebenda.) Als A. an dem diesjährigen Kongreß des Vereins Deutscher Laryngologen einen Vortrag über Fehldiagnosen bei Tuberkulose hielt, erregte unter anderem die von A. aus der Praxis entnommene Tatsache besondere Aufmerksamkeit, daß es gar nicht selten Kinder zwischen 1—8 Jahren gibt, die wochenlang, ja monatelang erhöhte Aftertemperaturen haben, morgens 37—37,5, abends 37,6—38,2 oder ähnlich, deren subjektives Befinden auffallend gut bleibt, die nicht abnehmen, meistens genügenden Appetit und gut gepolsterte Haut haben und aus den Händen eines Arztes in die eines anderen wandern, weil keiner von den befragten Ärzten eine Erklärung für das Fieber durch die Feststellung eines körperlichen Übels finden kann. Die Kinder liegen wochenlang ohne zureichenden Grund im Bett, schließlich wird der Laryngologe nach dem Röntgenologen befragt und die Rachenmandel beschuldigt, das Fieber zu bewirken. Nach Entfernung derselben dauert derselbe Zustand aber weiter fort, bis schließlich die Eltern auf den klugen Gedanken kommen, das Messen einzustellen. Das Kind wird als gesund betrachtet und bleibt es nun auch.

A. selbst hat früher auch diesen Fällen ratlos gegenüber gestanden, bis ihm die Idee feststand, daß es sich bei dem guten Befinden der Kinder nicht um eine Fieberkrankheit verborgenen Charakters handeln kann. A. kontrollierte nun regelmäßig die Aftermessung mit der Achseltemperatur und siehe da, die Differenz war groß, meist 1—1,2⁰.

A. gibt also den Kollegen den Rat, nicht jede länger dauernde Temperaturerhöhung, auch solche von 1 Grad und mehr, deren Ursache nicht erkennbar ist und die nicht auf vorhergehende physiologische Ursachen (Märsche usw.) zurückzuführen, wenn sie nur im After besteht, als „Fieber" zu erklären und den Verdacht auf latente Tuberkulose den geängstigten Eltern auszusprechen. Man verlasse sich mehr auf den „ärztlichen Blick" als auf die anscheinend untrügliche Temperaturmessung und versäume niemals, die Darmmessung durch einige genaue Armmessungen zu verifizieren. Hat die Körperoberfläche normale Temperatur, der After um $^1/_2$—1⁰ erhöhte, und ist das Kind subjektiv gesund und ergibt die wiederholte Untersuchung keinerlei Ursache für das Fieber, so verzichte man auf jede Behandlung operativer Art und lasse die Kinder nicht im Bett.

Die Ursache dieses Lokalfiebers kann verschieden sein. Es gibt Prozesse im Unterleib, Blinddarmreize, Blasenaffektionen usw., die lokal eine Überhitzung dieser Gegend machen und erhöhte Aftertemperaturen ergeben, die aber kein Fieber sind, so wenig eine heiße Hand bei Sonnenekzem dieser, wenn man den Thermometer in der Hohlhand hält, Fieber ist. Um diese Fälle handelt es sich aber hier nicht, sondern um solche Kinder, die anscheinend absolut gesund sind.

Die Ursache für die hohe Darmtemperatur ist bei solchen in Vorgängen der Darmflora zu suchen, wo anaërobe Bazillen eine erhöhte Temperatur machen. A. konnte durch eine Kur mit Yoghurt oder Dickmilch diese Darmerhitzungen manchmal zum Verschwinden bringen.

Grätzer.

F. Plaut und **M. H. Göring,** Untersuchungen an Kindern und Ehegatten von Paralytikern. (Aus der Psychiatr. Klinik in München.) (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 37.) Das Material bestand aus 54 Familien; die Zahl der untersuchten Ehegatten betrug 46, die der untersuchten Kinder 100.

Die Resultate der Untersuchungen müssen im Original gelesen werden. Hier sei nur der Schluß der interessanten Arbeit wiedergegeben:

„Aus den Untersuchungen ergibt sich als praktisch wesentlichstes Resultat, daß ein erheblicher Teil der Ehegatten und Kinder als luetisch infiziert erkannt wurde. Und was für die Paralytikerehen hier festgestellt wurde, gilt natürlich in gleicher Weise für die Luetikerehen überhaupt.

Es ist nun im höchstem Grade beunruhigend, daß die Übertragung kaum irgendwo erkannt worden war, und daß infolgedessen auch von einer Behandlung fast in keinem Falle die Rede sein konnte.

Von den 26 sicher und 8 wahrscheinlich infizierten Kindern wurde kein einziges antiluetisch behandelt; nur in einem Falle wurde

ein luetisches Exanthem im Säuglingsalter ärztlicherseits diagnostiziert, aber auch da kam es nicht zu einer spezifischen Therapie. Bei allen übrigen Kindern war an die Möglichkeit einer kongenitalen Syphilis offenbar nie gedacht worden.

Bei den Ehefrauen der Paralytiker steht es kaum besser. In keinem Falle hatten Quecksilberkuren stattgefunden, und nur eine Frau war wegen luetischer Periostitis einer Jodkaliumkur unterzogen worden.

Die Vernachlässigung der Behandlung der familiären Syphilis ist also als geradezu ungeheuerlich zu betrachten. Wenn man demgegenüber erwägt, wie leicht es durch die Wassermannsche Reaktion bereits im Säuglingsalter ermöglicht wird, die kongenitale Syphilis aufzudecken und durch rechtzeitige Behandlung die Kinder vor schwerem Schaden zu bewahren, so wird man zugeben müssen, daß hier ein weites und dankbares Gebiet für das ärztliche Handeln vorliegt, ein Gebiet, das bisher systematisch noch nicht in Angriff genommen würde.

Jeder Arzt sollte es sich zum Grundsatz machen, die Untersuchung der Familie bei jedem seiner Patienten zu veranlassen, der einmal Lues gehabt hat, ganz unabhängig davon, ob die Frauen oder Kinder klinisch luesverdächtig erscheinen oder nicht; am zweckmäßigsten wäre es, wenn schon die Syphilidologen bei der Behandlung der Frühsymptome ihre Patienten darauf aufmerksam machen würden, daß sie im Falle des Eingehens einer Ehe mit der Möglichkeit der Übertragung der Infektion auf Frau und Kinder zu rechnen hätten und deshalb eine rechtzeitige serodiagnostische Untersuchung vornehmen lassen sollten.

Gewiß wird man oft aus den bekannten Gründen auf energischen Widerstand stoßen, aber viele wird doch bei geeigneter ärztlicher Ermahnung das Verantwortlichkeitsgefühl zwingen, die Vertuschungsaufzugeben.“ Grätzer.

Meder (Köln), Über einen eigentümlichen Verlauf von Impfpusteln (Vaccina serpiginosa). (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 38.) Einen Fall, der sowohl das lokale Weiterkriechen der Vakzine am Impforte, wie die Ausstreuung über den ganzen Körper zeigte, hatte M. im Jahre 1909 zu beobachten Gelegenheit.

Kd. Th., geb. 29. VIII. 08, war am 27. X. 09 von dem städtischen Impfarzte Dr. X. zugleich mit einem anderen Kinde aus dem Hause privatim geimpft worden. Während die Pusteln bei dem anderen Kinde sich sehr schnell und stark entwickelten, waren dieselben am Tage der Nachschau bei Kd. Th. noch auffallend klein und unentwickelt. Während aber die Borken bei jenem schon abgefallen waren, fand M., als ihn Dr. X. am 19. XI. 09 zu dem Kinde Th. rief, weil die Pusteln einen ganz eigentümlichen Lauf genommen hatten, eine 4 cm breite und fast 6 cm lange, etwas erhabene, grauweiß bis gelblichweiße Partie an der Impfstelle. Diese Eruption hatte ziemlich scharfe Ränder, die an mehreren Stellen deutlich konvexe runde Ausbuchtungen zeigte, als ob sie durch Zusammenfließen von rundlichen Blattern entstanden sei. Die Oberhaut war, außer an den Stellen der ursprünglichen Impfpusteln, erhalten, durch Exsudation unter ihr in die Höhe gehoben. Die Stelle fühlte sich ziemlich derb an, es handelte sich offenbar um eine Riesenpustel, die nach ihrem Aussehen und nach den bestimmten Angaben der Mutter sich dadurch entwickelt hatte, daß die Impfpusteln sich allseitig in die Fläche ausbreiteten und unter Anstrengung weiterer sekundärer Pusteln

zu diesem großen Gebilde konfluiert waren. Sie war von einer nicht sehr breiten und starken Rötung umgeben, innerhalb deren sich einzelne gut entwickelte (nach unten und hinten zu) und zahlreichere kleine stecknadelkopf- bis linsengroße kleinste Vakzinepustelchen fanden. Am rechten Handgelenk, an der Beugeseite des Grundgliedes des rechten Mittelfingers, an der Stirne rechts über dem Auge, am rechten Knie, innen am rechten Oberschenkel, in der Schenkelbeuge links an der Stelle eines Intertrigo, an der Hinterseite des linken Oberschenkels, an der Vulva, unter der linken Fußsohle, und hinten ganz oben zwischen den Schulterblättern: typische Vakzinepusteln von 6—8 mm Durchmesser, z. T. mit leicht gerötetem Hofe. Außerdem am Körper verstreut einzelne stecknadelkopfgroße, im Aufschießen begriffene Pustelchen. Grätzer.

Drenkhahn (Detmold), Die Verordnung von Extract. Filicis maris. (Ebenda.) D. schreibt:

„Bei der Durchsicht des Deutschen Arzneibuches von 1910, 5. Auflage, gewahrte ich mit einem gewissen Schrecken, daß die Einzeldosis und die Tagesdosis von Extractum Filicis Maris auf 10,0 g festgesetzt ist, denn ich habe bisher Erwachsenen stets 15,0—20,0 und Kindern 8,0—12,0 verordnet, also zu ungebührlich hohen, anscheinend gefährlichen Dosen gegriffen. Trotzdem habe ich bei zahlreichen Bandwurmkuren niemals Vergiftungserscheinungen, ja nicht einmal das leichteste Übelbefinden oder Unwohlsein beobachtet. Das mag ein Zufall sein. Vielleicht ist es aber auch dem Umstande zuzuschreiben, daß ich den giftigen Bestandteil des Präparates, die Filixsäure, nach dem Prinzip: corpora non agunt, nisi soluta“ vom Organismus fernzuhalten, das heißt, seine Resorption im Magendarmkanal zu verhindern versucht habe. Die Filixsäure ist in Wasser wenig, in Alkalien und Fetten leicht löslich. Man muß daher den Magendarmkanal von Alkalien und Fetten nach Möglichkeit frei halten, während die Filixsäure ihn passiert. Es ist ein altes Prinzip, die Kur zu einer Zeit vorzunehmen, in der größere Ketten von Proglottiden abgehen, und den Bandwurm während derselben auf jede Weise zu schwächen und zu peinigen. Ihn hungern zu lassen, ist aber unzweckmäßig, ja gefährlich, wie namentlich Grawitz hervorgehoben hat, da der menschliche Organismus, durch die Nahrungsentziehung in derselben Weise geschwächt wie der Bandwurm, für die Giftwirkung der Filixsäure um so empfänglicher wird. Der saure Hering mit Zwiebeln, der dem Bandwurm eine unangenehme Speise ist, bekommt nicht jedem Menschen gut und enthält außerdem Fett. Ich habe ihn daher vermieden und die Kur folgendermaßen durchgeführt. Bei Stuhlträgheit ein leichtes Abführmittel, eine Tasse Faulbaumrindentee oder Rhabarberpulver (kein Rizinusöl [Fett!] oder Pulvis aerophorus laxans [Alkali!]). Verbot jeglicher Fettzufuhr bei sonst ausreichender und schmackhafter Nahrung für den Tag, an dem die Verordnung geschieht, und für den folgenden; am Abend dieses Tages eine größere Portion frischer oder eingemachter Himbeeren. Am nächsten Morgen eine Tasse süßen schwarzen Kaffee ohne Brot, eine Stunde darauf Extractum Filicis Maris in Kapseln à 3,0 alle 10 Minuten eine Kapsel mit gezuckertem verdünnten Zitronensaft oder Zitronensäurelösung hinunterzuschlucken, oder in Ermangelung von Gelatinekapseln (Pharmacopoea pauperum) viertelstündlich 5,0 Extractum Filicis Maris und danach einige Schluck Zitronenwasser. In einer Stunde sind dann 18,0—20,0 g Extractum

Filicis Maris genommen, und der Bandwurm befindet sich in einem säuerlichen Gemisch derselben, denn der Kaffee regt bei den meisten Menschen die Magenschleimhaut zur Salzsäuresekretion an, und Zitronensäure ist in reichlicher Menge zugeführt. In der Regel verspürt der Patient bald nach der letzten Dosis Stuhldrang. Bleibt dieser im Lauf der nächsten Stunde aus, erhält er 0,6 g Kalomel, und nun lassen die Darmentleerungen regelmäßig nicht mehr lange auf sich warten. Der Patient wird angewiesen, einen Eimer mit lauwarmem Wasser zu benutzen; das Ziehen am Bandwurm wird strengstens untersagt; der Patient hat auf dem Eimer sitzen zu bleiben und zu pressen, bis der Stuhldrang aufhört. Mit großer Sicherheit findet man dann den Bandwurm mit Kopf in den Entleerungen. Ich erinnere mich keines Fehlschlagens bei Fällen, in denen ich den Kopf selber suchte. Einen Ungeübten damit zu beauftragen, empfiehlt sich nicht; hat man selbst keine Zeit dazu, tut man besser, dem Patienten die Kur als unfehlbar hinzustellen und den Bandwurm gleich vernichten zu lassen, denn wenn der Kopf gesucht und nicht gefunden wird, behält der Patient leicht seine Hypochondrie und empfindet weiter alle möglichen Unbequemlichkeiten im Unterleibe, auch wenn der Bandwurm gänzlich abgetrieben ist.

Der theoretische Einwurf, den man machen könnte, ungelöste Filixsäure müßte auch ihre Wirkung auf den Bandwurm verfehlen, ist nach meinen praktischen Erfahrungen hinfällig, denn ich hatte öfter Erfolg in Fällen, bei denen schon mehrere andere Kurven vergeblich angewandt waren.

Man könnte nun glauben, meine Ausführungen seien nicht zeitgemäß, weil mit der Festsetzung der Maximaldosis von 10,0 g die Gefahr der Vergiftung mit Extractum Filicis Maris beseitigt sei. Es sind aber selbst bei Dosen von 4,0 g schon schwere Vergiftungserscheinungen bei Erwachsenen beobachtet, so daß nicht die Dosis, sondern die Nebenumstände bei der Kur die Gefahr bedingen. Die verschiedene Wirksamkeit der Droge wird in den Abhandlungen über Filix Mas am meisten betont, dann wird Idiosynkrasie vermutet. Mir ist aufgefallen, daß bei allen schwer verlaufenen Fällen, die ich veröffentlicht fand, Rizinusöl verabreicht war. Ich glaube daher, daß man gut tut, auch bei kleinen Dosen alle von mir geübten Vorsichtsmaßregeln innezuhalten und auch nach der Kur noch für einen Tag Alkalien und Fette zu verbieten." **Grätzer.**

F. Kirchberg (Berlin), Die physikalische Behandlung der Rachitis. (Mediz. Klinik 1911. Nr. 37.) K. zeigt, wie man wirksam bei Rachitis und deren Folgezuständen durch Massage, Luftbäder, Gymnastik, Atemübungen usw. eingreifen kann. **Grätzer.**

G. Major (Zirndorf), Die Neurasthenie der Jugendlichen. (Ebenda.) Unter Angabe von einigen Krankengeschichten werden die Erscheinungen besprochen, wie sie bei jugendlichen Neurasthenischen sich zu zeigen pflegen. Auch seltenere Symptome werden erwähnt. In einigen Fällen hatte M. z. B. Gelegenheit, ganz diffuse Schmerzen (Topalgien) konstatieren zu können. Ein Mädchen von 14 Jahren klagte über Schmerzen im ganzen Rücken und Leib, ein Knabe von

13 Jahren hatte nach geistiger Arbeit Schmerzen in den Gliedmaßen, nur absolute Ruhe konnte hier Linderung schaffen. Grätzer.

H. Hahn, Zur Therapie des habituellen Erbrechens der Säuglinge. (Aus der Säuglingsabteilung des Krankenhauses Altstadt zu Magdeburg.) (Medizin. Klinik 1911. Nr. 38.) Es handelt sich um wirklich habituelles Erbrechen, d. h. Erbrechen, das gewissermaßen isoliert besteht, ohne Darm- und sonstige parenterale Symptome, um Kinder, die nicht überfüttert sind, nicht an Pylorospasmus leiden, auch nicht infolge Meningitis oder Peritonitis erbrechen.

Die Beobachtung in der Säuglingsfürsorge, daß Mütter und Pflegefrauen solchen Kindern schon frühzeitig und augenscheinlich mit gutem Erfolge konsistente Nahrung geben in der Weise, daß sie der Milch Gries oder Zwieback zusetzen, die klinische Erfahrung, daß appetitlose Säuglinge, die z. B. in der Rekonvaleszenz nach schweren Krankheiten, oder, weil sie an einer chronischen Infektionskrankheit z. B. Tuberkulose leiden, jede flüssige Nahrung verweigern, gern und gierig festere Nahrung zu sich nehmen, brachte auf den Gedanken, auch beim habituellen Erbrechen einen Versuch mit konsistenter Nahrung zu machen. Die Erfolge war in Verf.s Fällen gut, wiederholt geradezu überraschend, zum Teil hörte das Erbrechen sofort auf, zum Teil nahm es an Häufigkeit stark ab; die Kinder erholten sich zusehends, stark abgemagerte Kinder blühten wieder auf.

Man gehe in der Weise vor, daß man einen zirka 5—6 % Gries enthaltenden Milchbrei herstellen läßt, dem eine zum Süßen ausreichende Menge Zucker zugefügt wird, so daß 1 l Milchgries einem Kalorienwert von zirka 1000 Kal. entspricht. Man reiche den Griesbrei in 5—6 Portionen pro Tag, und zwar zirka 100 g Milchgries pro Kilo Körpergewicht, so daß auf diese Weise der Energiebedarf des Säuglings hinreichend gedeckt wird. Das größere Flüssigkeitsbedürfnis wird eventuell in der Form von Tee befriedigt; oft aber ist auch das nicht nötig. Mit demselben Erfolge wurde in einigen Fällen statt Milchgries älteren Säuglingen zur Abwechslung Kartoffelbrei oder Zwieback, der in die Milch eingebrockt wird, gegeben. Grätzer.

Buchbinder, Einige nach epileptischen Krampfanfällen beobachtete körperliche Veränderungen vorübergehender Art. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätsw. 1911. 3. F. Bd. 41. Heft 2.) Die Arbeit hat den Vorzug, daß sie auf der Basis eines großen Krankenmateriales die den epileptischen Anfall und sein Nachstadium charakterisierenden Veränderungen des Körpers und der Psyche im Zusammenhange bespricht. Die Angaben stützen sich auf 1100 Krankengeschichten und Zeugnissen über Soldaten, die wegen epileptischer Krämpfe als dienstuntauglich entlassen wurden. Der Kinderarzt, der ja oft in die Lage kommt, bei Krampfzuständen auch epileptische differential-diagnostisch zu erwägen, wird aus der Lektüre dieser Arbeit bzw. aus einem Referat darüber manchen Nutzen ziehen können.

Die im folgenden angegebenen Merkmale des epileptischen Anfalles haben einzeln keine Beweiskraft für die Diagnose der Art der

Krämpfe, sondern gewinnen sie erst, wenn sich alle oder mehrere vereint am selben Individuum finden. Fieber nach dem Anfall kommt öfters auch ohne bestehende Komplikationen vor. Nach lang andauernden oder öfters wiederholten Anfällen ließen sich Temperaturen über 39 feststellen. In auffallendem Gegensatz dazu standen manchmal die niedrigen Pulsfrequenzzahlen. (Diese Erscheinung findet sich übrigens besonders gern beim „Fieber" der Hysterischen. Ich sah einmal eine Patientin mit einer Temperatur von über 41 und normaler Pulsfrequenz! Diese Unstimmigkeit führte zu der bis dahin nicht gelungenen Erkennung der Patientin als einer Hysterica. Der Ref.) Häufig fanden sich Verletzungen der Haut: wie Sugillationen, Beulen, Hautabschürfungen, Quetschwunden. Ferner nicht traumatische Blutaustritte in der Haut infolge Berstens kleiner Gefäße und Blutungen in den Konjunktiven, der Schleimhaut des Rachens und dem Trommelfell, die tagelang nachweisbar bleiben können. Zweimal zeigten sich im Anschluß an einen Anfall Herpeseruptionen. Schweißabsonderung (kalter Schweiß) ist eine häufige Erscheinung. Verunreinigung der Haut mit Erde, Schmutz usw. ist häufig, selten dagegen mit Kot, der während des Anfalles unwillkürlich entleert wird. Einige Male kamen Verrenkungen verschiedener Gelenke vor. Die Augenlider sind nach dem Anfall meist geschlossen, die Pupillenreaktion ist in nicht seltenen Fällen erhalten, manchmal fand sich auf der Höhe des Anfalles eine Ungleichheit der Pupillen und ein von Belichtung unabhängiges „Spielen" der Pupillen. In atypischen und leichten Anfällen ist die Pupillenreaktion öfters erhalten. Auch in den Fällen mit fehlender Reaktion auf der Höhe des Anfalles kehrt dieselbe mit dem Nachlassen des Krampfes oder bald nach dem Ablauf derselben wieder, bleibt zunächst aber träge. Augenhintergrundsveränderungen fanden sich nie, dagegen manchmal rasch vorübergehende Gesichtsfeldeinengungen. Von weiteren Veränderungen sind zu erwähnen: Bißwunden, besonders an der Zunge, Nasenbluten, blutiger oder ungefärbter Schaum vor dem Munde, Zwangsgähnen, Erbrechen, das auch gallig oder blutig sein kann, Pulsveränderungen (Beschleunigung, Verlangsammung, Irregularität). Von Veränderungen des Harnes wurden beobachtet: Erhöhung des spezifischen Gewichts, Vermehrung des Salzgehaltes, in 4% der Fälle Eiweißausscheidung, dagegen nur ein einziges Mal Glykosurie, die nach wenigen Tagen verschwand. Am Nervensystem kommen vor: Sensibilitätsstörungen, Störungen der Reflexe, Paresen einzelner Muskelgruppen oder ganzer Glieder, Sprachstörungen und Trübungen des Erinnerungsvermögens.

Nothmann (Wilmersdorf).

W. Hannes (Breslau), Zur Frage der Beziehungen zwischen asphyktischer und schwerer Geburt und nachhaltigen und psychischen und nervösen Störungen. (Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 68. Heft 3.) Um festzustellen, wie oft das Geburtstrauma eine bleibende Störung im Zentralnervensystem des Kindes hervorruft, hat H. eine Nachforschung nach dem späteren Ergehen von 450 in fast 10 Jahren (1893—1904) in der Breslauer geburtshilflichen Poliklinik geborenen Kindern veranstaltet. Diese 450 Kinder wurden mit ihren Müttern zur Nachuntersuchung in die

Klinik bestellt; waren sie nach auswärts verzogen, so wurden ausführliche Fragebogen übersandt. — Aus den mitgeteilten Untersuchungsergebnissen folgt, daß eine Beeinflussung der späteren körperlichen und geistigen Entwicklung bei den asphyktisch oder mit Kunsthilfe (namentlich Zange) zur Welt gekommenen Kindern nicht besteht. „Es ist daher die Ansicht eines Teiles der Nervenärzte, daß schwere und asphyktische Geburten in bezug auf später in Erscheinung tretende geistige und nervöse Störungen eine große Rolle spielen, als unrichtig abzulehnen." Wegscheider.

R. Th. Jaschke (Greifswald), Zur Frage der anatomisch begründeten Stillunfähigkeit. (Zentralblatt für Gynäkologie 1911. Nr. 2.) J. stimmt bekanntlich Walcher darin bei, daß die Behauptungen von angeblicher Stillunfähigkeit unrichtig sind. „Ich habe tatsächlich nie einen Fall absoluter Stillunfähigkeit gesehen. Bei entsprechender Technik, wozu in erster Linie kräftige Ernährung gehört, bei systematischer Behandlung der Brust mit Stauungshyperämie, regelmäßiger völliger Entleerung derselben, gelingt es immer, die Sekretion so weit in Gang zu bringen, daß mindestens eine gewisse Menge Muttermilch in jedem Falle zur Verfügung steht. Es gehört allerdings viel Mühe und Aufopferung, ausgezeichnet geschultes Kinderpflegepersonal dazu, um in hartnäckigen Fällen Erfolg zu haben." Auch die von K. Hegar als Grund anatomischer Stillunfähigkeit bezeichneten Hohlwarzen erkennt er (ebensowenig wie Walcher) als solchen an, und will diese noch immer mit Hilfe seiner Milchpumpe erfolgreich behandelt haben. Weiterhin polemisiert er aber doch insofern gegen Walcher, als er in seinen Arbeiten eine Definition vermißt, was er unter anatomischer Stillfähigkeit verstanden wissen will; er bittet ihn, „uns seine Technik einmal ganz genau mit allen Details auseinanderzusetzen." J. selbst hat nur 97,8% bzw. 94,1% rein natürlicher, 1,7% bzw. 5,1% gemischter Ernährung in von Rosthorns Klinik in Wien erreicht. „Meine Erfahrungen lassen sich dahin zusammenfassen, daß zwar an der Klinik die „natürliche Ernährung" (nicht gleichbedeutend mit absoluter Stillfähigkeit) in etwa 100% durchführbar erscheint, daß aber in der Privatpraxis, wenn nicht eine Amme oder konservierte Muttermilch zur Verfügung steht, ein ähnliches Resultat vorläufig nicht erreichbar ist." Am Schlusse heißt es in gesperrten Lettern: „Es gibt keine anatomisch bedingte absolute Stillunfähigkeit, wohl aber eine herabgesetzte Stillfähigkeit. Die Stillfähigkeit ist aber nicht allein bei der einzelnen Frau, sondern in der Allgemeinheit zu verbessern. Das beste Mittel dazu ist die möglichst weitblickend organisierte Säuglingsfürsorge zusammen mit der energischen Stillpropaganda jedes einzelnen Arztes." Wegscheider.

E. Rübel, Senkrecht-ovale Hornhaut bei Lues congenita. (Aus der Univers.-Augenklinik Freiburg i. Br.) (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. August-Heft 1911.) R. beschreibt des näheren 3 Fälle dieser vor einigen Jahren zuerst von Fuchs beobachteten Mißbildung. (Zugleich bestanden typische Zeichen hereditärer Syphilis.) Es handelt sich um eine exakte vertikale Ellipse, im Gegensatz zur Eiform der

Hornhaut bei den angeborenen Iriskolobomen. Der hierdurch bedingte inverse Astigmatismus schwankte zwischen 3 und 5 Dioptrien.

Die Fachgenossen werden aufgefordert, auf die seltsame Erscheinung zu achten. Sommer (Zittau).

Engel und **Murschhauser**, Über die Zusammmensetzung der Frauenmilch bei Nephritis. (Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chemie 1911. Bd. 73. Heft 1 u. 2.) Bei einer 21jährigen Erstgebärenden, die im sechsten Laktationsmonat als Amme in die Schlossmannsche Klinik in Düsseldorf aufgenommen worden war, fand sich eine ziemlich beträchtliche Erhöhung des Rest-N im Blute, aber auch eine starke Erhöhung des Rest-N der Milch; die Zahlen für den Rest-N im Blute waren 63 bzw. 91 mg N in 100 ccm Serum, d. i. 5,33 bzw. 7,4% des Gesamt-N; für die Milch wurde gefunden 57,5 bzw. 75,2 mg N, d. i. ca. 27,19 bzw. 32,88% des Gesamt-N. Die Milchsekretion war im ganzen ungestört, die grob-chemische Zusammensetzung der Milch nicht alteriert. Es ergibt sich also die merkwürdige Tatsache, daß bei solchen Nephritiden stillender Frauen, welche mit Vermehrung des Rest-N im Blute einhergehen, die Brustdrüsen als Ausscheidungsorgane für harnfähige Substanzen dienen kann, ein Umstand, der gelegentlich von klinischer Bedeutung, von Einfluß auf die Entstehung urämischer Erscheinungen sein kann.

Für die Ernährung der Säuglinge kommt dem geschilderten Befunde eine Bedeutung offenbar nicht zu, da die von der nephritischen Frau gestillten Kinder einwandfrei gediehen. Die Untersuchungen können daher eine Grundlage für ein Stillverbot an sonst in gutem Zustand befindliche nephritische Frauen nicht geben.

H. Netter (Pforzheim).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

F. Bambace, Die Hämaturie als Komplikation der Rubeolen. (Gazz. degli Osped. 1909. 5. April.) Entgegen der allgemeinen Anschauung von der konstanten Gutartigkeit der Rubeolen ist diese Krankheit keineswegs ganz harmlos, und mehr oder weniger ernste Komplikationen sind auch bei ihr nicht völlig ausgeschlossen: Bronchitis, Bronchopneumonie, Enterokolitis, Adenitis suppurativa usw. hat man beobachtet, sekundäre Angina, deren Charakter nicht weniger alarmierend war als die schweren Formen der Scharlachangina. B. hatte bei einer Rötelnepidemie Gelegenheit zur Beobachtung einer anscheinend bisher noch nicht verzeichneten Komplikation. Es handelte sich um eine ziemlich heftige Hämaturie, die mitten in voller Rekonvaleszenz sich eingestellt hatte, der stets eine leichte Nephritis albuminurica vorausging. Zur Zeit des Auftretens der Hämaturie enthielt der Urin allerdings weder Eiweiß noch granulierte Zylinder oder Nierenepithel. Eine ursächliche Beziehung zwischen der Nephritis und der Hämaturie schien offenbar zu bestehen, denn je stärker die Albuminurie war, umso länger dauerte die Hämaturie, meist 14 Tage bis

3 Wochen, trotz der verschiedensten Maßnahmen. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß B. im Verlauf dieser Rötelnepidemie Hämaturie bei allen Kindern konstatierte, während bei früheren Epidemien diese Komplikation nie vorgekommen war. H. Netter (Pforzheim).

A. Caral, Einfluß der Nebenschilddrüsen auf den Ossifikationsprozeß bei Frakturen. (Gazz. degli Osped. 1909. 5. Aug. Nr. 93.) Neuere Untersuchungen von Mac Callum und Voegtlin haben gezeigt, daß es bei den ihrer Nebenschilddrüsen beraubten Tiere während der Tetanie zu einer bemerkenswerten Reduktion des Kalkgehaltes der Gewebe kommt, während der Kalkgehalt von Urin und Kot gesteigert war. C. hat nun seinerseits experimentelle Untersuchungen über den Einfluß angestellt, den die Nebenschilddrüsen auf den Verlauf des Reparationsprozesses bei Frakturen ausüben und deren Ergebnisse geeignet sind, die Schlußfolgerungen von Mac Callum und Voegtlin hinsichtlich der zwischen Nebenschilddrüsen und Kalziumstoffwechsel bestehenden Beziehungen zu stützen. C.s Untersuchungen geschahen an Ratten, die sich dafür besonders eignen, zunächst, weil die Nebenschilddrüsen bei ihnen immer konstant sind nach Zahl und Sitz (was eine wirklich vollständige Parathyroidektomie ermöglicht), weil ferner Ratten die Operation länger überleben als andere Tiere, so daß man auch bei ihnen die Möglichkeit hat, die Frakturen in ihren verschiedenen Stadien zu studieren.

Die Versuche zerfielen in zwei Serien, je nachdem es sich um totale oder nur partielle Parathyroidektomie handelt. Bei der ersteren ergab sich im Vergleich zu den unter gleichen Ernährungs- und Lebensbedingungen gehaltenen Kontrolltieren eine Verzögerung in der Konsolidation der Frakturen. Die partielle Operation dagegen bewirkte keinerlei Verzögerung, die Heilung der Fraktur erfolgte bei den so behandelten Tieren in gleicher Weise wie bei den Kontrolltieren. Die Nebenschilddrüsen, folgert C., haben nicht nur einen antitoxischen Einfluß, den Vassale nachgswiesen hat, sie regeln auch den Kalkstoffwechsel im tierischen Organismus in der Weise, daß nach ihrer Entfernung die Ausscheidung der Kalziumsalze aus dem Körper vermehrt wird und die Gewebe sich unfähig zeigen, die Kalziumsalze zu absorbieren und festzuhalten. H. Netter (Pforzheim).

W. P. Coues, Meningismus durch Adenitis cervicalis acuta und peritonsilläre Infiltration. (Journ. of the Amer. med. Assoc. 1911. 20. Mai.) Ein 4jähriges Kind hatte im März 1910 eine leichte Tonsillitis gehabt, dann in der zweiten Maihälfte eine heftige Koryza mit leichter Bronchitis. Es hatte obendrein am 6. Mai Gelegenheit, von seiner scharlachkranken und danach isolierten Mutter angesteckt zu werden; drei Wochen später bekam es für einige Stunden ein Erythem auf der Brust. Am 15. Juni zeigte das noch ein wenig hüstelnde Kind eine beiderseitige Schwellung der Halslymphdrüsen, die in den nächsten Tagen etwas zurückging; aber am 19. Steifigkeit des Halses rechts, 38,8° Temperatur und belegte Zunge. C. sah das Kind am 23. Juni und fand außer Fieber und Drüsenschwellung nichts Anormales. Am 25. hatte sich der Zustand wesentlich verschlimmert, im Hals aber weder ein Exsudat noch Pseudomembranen. Die Mandeln

geschwollen, blaßrot; am folgenden Tag unregelmäßiger Puls, mit plötzlichem Sinken seiner Frequenz, Steifigkeit des Nackens und Rückens, deutliches Kernigsches Zeichen, die Atmung stertorös; die zervikalen Ganglien waren vergrößert, die Nase schien verstopft, am Nachmittag deutlicher Belag auf der linken Mandel. Das Kind blieb trotz zahlreicher Stimulantien apathisch, von zwei Konsultanten nahm der eine, mit C., eine tuberkulöse Meningitis an, um so mehr als die Mutter länger krank war; der andere nahm meningeale, von einer peritonsillären Infiltration abhängende Erscheinungen an. In der Tat machte sich schon am nächsten Tag eine allmählich zur Heilung führende Besserung bemerkbar; aber, eine interessante Einzelheit, einige Wochen später bemerkte man eine auf die Hohlhand beschränkte Desquamation der Haut, gleichwohl will C. nicht annehmen, daß es sich um einen Fall von leichtem Scharlach gehandelt hat.

H. Netter (Pforzheim).

A. Gough, Vakzine-Behandlung der Basalmeningitis. (Brit. Journ. of Childr. dis. 1911. Mai.) Das 6 monatige Kind wurde geheilt vorgestellt. Die Lumbalflüssigkeit enthielt reichlich Gram-negative, den Weichselbaumschen ähnliche Kokken. Behandlung mit autogener Vakzine war von schneller Besserung gefolgt.

H. Netter (Pforzheim).

L. Hektoen und **G. H. Weaver,** Versuche zur Übertragung des Scharlachfiebers auf Affen. (Journ. of the Amer. med. Assoc. 1911. 17. Juni.) Zu ihren Versuchen am Macacus haben die beiden Autoren als Inokulationsweg den Darmkanal gewählt. Die Tiere erhielten mit Milch getränkte Wattetampons, die zuvor mit Rachen- und Mundausstrich scharlachkranker Kinder beschickt worden waren. 13 Tiere dienten zu den Versuchen. Zehn davon blieben gesund, drei starben.

Der erste, der die infizierte Milch vom 10.—14. Dezember getrunken, erkrankte am 20. und starb am 21. Bei der Autopsie fand sich eine fibrinöse, kolibazilläre Peritonitis.

Der zweite, mit den gleichen Versuchsbedingungen, erkrankte am 7. Januar und starb am 17. Autopsie: Generalisiertes Ödem mit Hydropericard und parenchymatöse Nephritis.

Das dritte Tier, infiziert vom 26.—29. Januar, erkrankte am 29. und starb am 31. Kurz ante exitum starke Leukozytose (38,800). Autopsie: Blutung in die rechte Nebenniere. Kulturen vom Herzblut bleiben steril. Dieses, unmittelbar nach den Tod entnommen und mit sterilisierter Milch vermischt, wurde 3 Tage hindurch (1.—3. Febr.) einem gesunden Affen gegeben. Am 5. Februar erkrankte er (Fieber, Anorexie, 52,000 Leukozyten), aber nach wenigen Tagen ist er gänzlich hergestellt.

„Wir sehen davon ab, sagen die Autoren, zu entscheiden, ob unsere Affen wirklich Scharlach gehabt haben.“ In der Tat, es ist viel wahrscheinlicher, daß sie ihn nicht gehabt haben; jedenfalls hätten die Autoren mindestens die Krankheitserscheinungen mitteilen müssen, welche die Tiere boten, während sie sich darauf beschränken, auf das Fehlen jeder Eruption hinzuweisen.

H. Netter (Pforzheim).

A. Suis, Un cas de contagion du microsporum lanosum du chien à l'enfant. (Annales de Dermatologie 1909. Nr. 2.) Zwar hatte Sabouraud aus seinen Untersuchungen über das Microsporum lanosum die Überzeugung von dem tierischen Ursprung dieses Parasiten gewonnen, ohne indes irgend eines unserer Haustiere in bestimmter Weise beschuldigen zu können. Die Untersuchungen seiner Mitarbeiter S. und Suffran hierüber bestätigten seine Annahme, und es konnte in der Toulousaner Klinik unter 17 Fällen von Tinea beim Hunde 16 mal das Microsporum lanosum nachgewiesen werden. Der gleiche Parasit fand sich in 4 Fällen von Tinea beim Menschen, die in der Klinik Andry in Toulouse in Beobachtung standen, aber erst in einem fünften Fall konnte die direkte Übertragung dieses Dermatophyten von Tier auf den Menschen sicher konstatiert werden, immerhin nicht der erste Fall seiner Art, denn Nicolas und Lacomme in Lyon und Zollikofer in St. Gallen hatten bereits früher diesen Übertragungsmodus festgestellt. In dem Falle von Zollikofer war das angesteckte und ansteckende Tier nicht ein Hund, sondern eine junge Katze, der Kranke von Lyon war ein Erwachsener, der Sitz der Krankheit war die unbehaarte Haut, hier die behaarte Kopfhaut. Merkwürdig bleibt die Notiz, daß neben diesem angesteckten Tier noch die anderen derselben Gattung und verschiedenen Alters in ständiger Gemeinschaft leben. Unsere Kenntnisse über diese ganze Materie sind noch nicht vollständig genug, um aus dieser Tatsache indes den Schluß ziehen zu können, daß das Mikrosporum von Hund zu Hund nicht, vom Hund zum Menschen dagegen wohl übertragbar ist. Sehr wahrscheinlich ist der Mechanismus der Ansteckung komplexer als man glaubt. Vielleicht, daß die im Gange befindlichen Untersuchungen des Verf.s hierüber Aufklärung bringen.

H. Netter (Pforzheim).

M. G. Schreiber, Maladie de Landry avec réaction méningée au cours d'une épidémie de poliomyélite antérieure. (Progrès médical 1910. Nr. 49.) Während einer kleinen Epidemie von spinaler Kinderlähmung beobachtete S. ein 4jähriges Kind, welches das Bild der Landryschen Paralyse sowie starke Lymphozytose im Liquor cerebrospinalis bot. Die Sektion ergab eine akute diffuse Myelitis mit besonderer Beteiligung der Vorderhörner und gleichzeitiger Affektion der Meningen. Es besteht nach S. entschieden ein anatomischer und ätiologischer Zusammenhang zwischen der Poliomyelitis anterior und der Landryschen Paralyse, wie auch Petitfils, Wickman u. a. annehmen. Die Landrysche Paralyse ist weniger eine Krankheitseinheit als ein Symptomenkomplex, der bei zentralen, radikulären und neuritischen Läsionen mit oder ohne meningeale Beteiligung vorkommt.

Kurt Mendel (Berlin).

A. Rémond et **P. Voivenel,** Considérations sur la criminalité infantile. (Progrès médical 1911. Nr. 7.) Verff. unterscheiden bei Kindern:

1. Kriminelle Handlungen, die impulsiven Ursprungs sind und auf unvollkommener zerebraler Entwicklung sowie erhöhter vasomotorischer Erregbarkeit der Kinder beruhen.

2. Vergehen, die Folge sind von moralischem Schwachsinn (sehr häufig mit einem gewissen Grade intellektueller Minderwertigkeit verbunden) und mit erhöhtem Egoismus einhergehen.

3. Strafbare Handlungen infolge intellektueller Imbezillität oder Idiotie.

Kurt Mendel (Berlin).

E. Weill et **H. Mouriquand,** Un cas de „purpura fulminans“ de Henoch. (Archives de méd. des enf. 1911. Nr. 8.) Es handelte sich um ein 6 Monate altes Kind, welches an der Brust genährt worden war und sich ganz normal entwickelt katte. Nachdem leichte gastrische Störungen vorangegangen waren, schien der Stuhl wieder normal zu sein. Nach zwei Tagen traten plötzlich leichte allgemeine Konvulsionen auf und die Temperatur betrug 39,2°. Bei der Untersuchung konnte man aber nichts Abnormes finden, außer einen sehr beschleunigten Puls, dessen Schläge etwa 200 in der Minute betrugen. Etwa 8½ Stunden nach Beginn der Erkrankung traten auf der Bauchhaut kleine Purpuraflecken auf, die zusehends an Umfang zunahmen, während gleichzeitig auch an anderen Körperstellen derartige Flecke sich entwickelten und sich ununterbrochen vergrößerten. Der Allgemeinzustand wurde immer schlechter, und schließlich trat der Tod unter den Erscheinungen der Herzschwäche auf, 15 Stunden nach Beginn der Erkrankung.

E. Toff (Braila).

A. Calmette, V. Grysez et **R. Letulle** (Lille), Fréquence relative de l'infection bacillaire et de la tuberculose aux differents âges de la vie. (La presse méd. 1911. Nr. 63. S. 651.) Es scheint sicher zu sein, daß in der überwiegend großen Mehrzahl der Fälle die bazilläre Infektion während des Kindesalters stattfindet. Den Beweis haben die Verff. in der außerordentlich großen Anzahl von positiven Tuberkulinreaktionen bei Kindern im Alter 1—15 Jahren. Dies namentlich in den großen Städten, wo die familiale Kontagion mit viel bedeutenderer Intensität stattfindet.

Die Verff. haben in Lille vom 1. Januar 1910 bis zum 1. Juni 1911 eine Anzahl von 1226 Personen mittels der Tuberkulin-Kutisreaktion untersucht und bei diesen anscheinend einer guten Gesundheit sich erfreuenden Personen folgendes gefunden.

	Anzahl der Personen	Reaktion positiv	%	negativ	%
Von 0—1 Jahre	273	24	8,7	249	91,3
„ 1—2 Jahren	145	32	22,1	113	77,9
„ 2—5 „	206	111	53,8	95	46,2
„ 5—15 „	366	298	80,4	68	18,6
Über 15 Jahren	236	208	87,7	29	12,3

Unter den Kindern von 0—1 Jahre, die eine positive Reaktion geliefert hatten, war nur eines 2 Monate alt, während alle übrigen im Alter von 6—12 Monaten standen. Säuglinge sind also relativ selten infiziert, und man bemerkt, daß je mehr das Kind heranwächst, je mehr dasselbe in näherer Berührung mit seiner Familie und der Umgebung kommt, auch die Anzahl der Infizierten in raschem Steigen begriffen ist. Im Alter von 5 Jahren ist bereits die Hälfte der Kinder

infiziert, und der Prozentsatz ist von da ab in stetigem und raschem Anstiege begriffen, derart, daß man sagen kann, daß unter den Erwachsenen nur wenige von der tuberkulösen Infektion verschont bleiben. Nichtsdestoweniger sterben von diesen nur etwa 24 % an Tuberkulose, während bei den anderen die Infektion latent bleibt und sie hierbei allen Anschein einer vollkommenen Gesundheit beibehalten. Man muß also von einer bazillären Infektion ohne besondere Symptome und einer ausgesprochenen Tuberkulose sprechen. Letztere zeigt follikuläre Läsionen, die der Ausdruck der Symbiose zwischen Kochschen Bazillen und den Zellen der verschiedenen Organe sind.

E. Toff (Braila).

Em. D. Paulian (Bukarest). Die Eiweißreaktion im Sputum. Untersuchungen bei Keuchhusten. (Revista stiintzelor med. Mai 1911.) Nach den Untersuchungen von Roger und Lévy-Valensi ist ein positiver Eiweißbefund im Sputum für Lungentuberkulose charakteristisch, derart, daß man dort, wo dieser Befund fehlt, eine bazilläre Erkrankung ausschließen kann. Andere Forscher fanden Abweichungen von dieser Regel. P. hat derartige Untersuchungen mit dem Sputum keuchhustenkranker Kinder angestellt und gefunden, daß bei fast allen Eiweiß in demselben enthalten ist. Trotzdem war kein einziges dieser Kinder tuberkulös, woraus also geschlossen werden kann, daß eine positive Eiweißsekretion im Auswurfe keuchhustenkranker Kinder keineswegs auf eine bestehende bazilläre Infektion derselben hindeutet.

Die Reaktion wurde derart angestellt, daß zum Sputum etwas destilliertes Wasser hinzugefügt wird, dann etwas Essigsäure, um das Mucin zu fällen. Durch Filtrierung erhält man eine klare Flüssigkeit, welche man nach Hinzufügen von etwas Salz aufkocht. Eine auftretende Trübung ist ein Beweis vom Vorhandensein von Eiweiß.

E. Toff (Braila.)

A. Costiniu (Bukarest). Das Resultat des in den rumänischen Schulen gegen die adenoiden Vegetationen angewendeten Vorganges. (Spitalul 1911. Nr. 17.) Um die bei Schulkindern außerordentlich verbreiteten adenoiden Vegetationen in wirksamer Weise bekämpfen zu können, hat C. durch Vermittlung des Unterrichtsministeriums an alle Normalschulleiter des Landes Fragebogen gerichtet, in welchen die auf Erurierung adenoider Vegetationen enthaltenen Fragen zu beantworten waren. Obgleich viele ungenügend ausgefüllt wurden, konnte doch eine große Anzahl von Schulkindern bei nachfolgender lokaler Prüfung als in dem erwähnten Sinne krank aufgefunden und operativ behandelt werden.

Die Operationen wurden ohne besondere Vorbereitungen und ohne Lokalanästhesie ausgeführt: Komplikationen sind nicht beobachtet worden. Im allgemeinen kann man sagen, daß etwa 40—45 % der Schulkinder an adenoiden Vegetationen leiden, und zwar sowohl Mädchen, als auch Knaben in gleicher Weise. Bei 15 % der leidenden Kinder wurde eine Herabsetzung des Hörvermögens, bei 4 % Ohrenfluß festgestellt.

C. empfiehlt, sein Vorgehen an allen Elementarschulen zur Ausführung zu bringen, um auf diese Weise die Kinder in bequemster Weise von den für ihre Entwicklung so nachteiligen adenoiden Wucherungen zu befreien. E. Toff (Braila.)

J. H. Comroe, Makroglossia. (Cleveland Med. Jour. Sept. 1911.) Die außerordentliche Größe der Zunge wurde schon bald nach Geburt des Kindes beobachtet, aber mit Ausbruch der Zähne wurde dieselbe bedeutend mehr sichtbar und durch Hervorragen der Zungepapillen erschwert. Allmählich erhielt die Zunge eine bläuliche Farbe, und als das Kind das Alter von 2 Jahren erreichte, wurde C. konsultiert, um eine alarmierende Blutung zu stillen. Die Blutung wiederholte sich mehrmals, aber in leichterer Weise. Obwohl die Zunge weit über die Lippen hinaus hing, konnte das Kind ungestört seine Mahlzeiten aufnehmen. Genaue Untersuchung erwies, daß bloß die vordere Hälfte angegriffen war und daß es sich hier um einer lymphangiomatischer Geschwulst handelte. Dieselbe wurde von vier Monaten, vorläufig ohne Rezidiv, entfernt. Sheffield.

A. Friedländer, Involution of Thymus by Roentgen Rays. (Arch. of. Ped. Oct. 1911.) F. glaubt, durch Röntgenstrahlen Thymushypertrophie und Status lymphaticus heilen zu können, und zitiert einige Fälle, die er seit den letzten 5 Jahren unter Beobachtung hatte. Sheffield.

W. Tileston, Mikuliczs Disease, with Report of Case of Lymphatic Leukemia in a Child with Marked Enlargement of the Salivary Glands. (Americ. Jour. Dis. Child. 1911.) Da 2 Jahre alte Kind litt an Leukämie mit Vergrößerung der Parotiden und Unterkieferdrüsen. Obwohl die Tränendrüsen vollständig frei waren, ist T. der Ansicht, daß solche Fälle der Mikuliczschen Krankheit angereiht werden dürfen. Der Blutbefund in dem angeführten Falle war: Rote Zellen 6860000, weiße 14700, Hämoglobin 95%; zwei Wochen später sanken die Leukozyten auf 6777. Das histologische Bild war typisch für eine lymphatische Leukämie. Sheffield.

M. Dominici, Veränderungen der Nabelschnur bei der Syphilis. (Riv. di Chin. ped. August 1911.) D. hat 7 Nabelschnüre Luetischer untersucht und stellt auf Grund dieser Untersuchungen und der vorhandenen Literatur fest, daß fast in allen Fällen von Lues die Nabelschnur bis fast auf das Doppelte der normalen verdickt ist. Die intensivsten Veränderungen finden sich am plazentaren Ende der Schnur, ein weiterer Beweis für die plazentare Übertragung der Syphilis. Es braucht sich dabei durchaus nicht nur um gummöse Veränderungen zu handeln; in zwei Fällen fand D. Spirochäten in einfach entzündlichen Veränderungen. In einem Falle fanden sich neben einer Perivaskulitis Gummaknoten in einer Arterie. In 3 Fällen fanden sich nur geringe Veränderungen, in einem gar keine. Spirochäten fanden sich in 4 Fällen, während sonst die meisten Autoren das Vorkommen von Spirochäten leugnen. M. Kaufmann.

L. Figueras Ballester, Behandlung des Keuchhustens durch Impfung. (Gac. med. Catal. 1911. 30. Sept.) B. verfügt

über 57 mit Lymphe behandelte Fälle von Pertussis. Die Impfung setzte nach den von ihm genauer mitgeteilten 7 Fällen tatsächlich die Häufigkeit der Anfälle und die Krankheitsdauer, und damit auch die Häufigkeit der Komplikationen herab. Sie nützt aber nur dann, wenn sie angeht, und da man dies nur in einem Teil der Fälle durch die einfache Impfung erreicht, muß man meist zur forcierten Impfung schreiten, indem man mehrere Tage hintereinander täglich impft, bis man schöne Pusteln bekommt. Irgend eine Gefahr soll diese Methode nicht bieten. M. Kaufmann.

L. Pollini, Untersuchungen über die Beziehungen zwischen kindlicher Tetanie und Nebenschilddrüsen. (Riv. di Chin. ped. 1911. Nr. 6.) P. untersuchte die Nebenschilddrüsen in 3 Fällen von Tetanie und 13 Fällen anderer Affektionen, nämlich von 3 mit Bronchopneumonie, 2 mit Tuberkulose, 4 mit Rachitis, 1 mit Diphtherie, sowie von 2 Föten. Von letzteren zeigte einer in den Nebenschilddrüsen starke Stauung und Blutungen, bei den Rachitischen fand sich die diffuse Sklerose sowie bläschenförmige Umwandlungen, ein Umstand, der bei den zwischen Tetanie und Rachitis bezeichneten Beziehungen wichtig ist. Von den 3 Tetaniefällen fanden sich bei einem starke Hämorrhagien, bei einem zweiten Ödem, Sklerose, Stase sowie stark reduziertes Parenchym (dabei Bläschen mit Kolloid vielleicht als Zeichen einer kompensatorischen Hyperfunktion); in beiden dürfte es sich also um Insuffizierung der Drüsen gehandelt haben, im dritten Fall wird man dies nicht sicher annehmen dürfen, wenn auch hier auffallend starke Bindegewebsentwicklung bestand.

In 6 Fällen von Tetanie gab P. 10—38 Tage lang Parathyreoidin, täglich 20—100 Tropfen. Einen heilenden Einfluß hatte das Mittel nie, und ob die erzielten Besserungen auf seine Wirkung zu beziehen sind, bleibt zum mindesten zweifelhaft. M. Kaufmann.

S. Takàcs, Phosphor im Säuglingsurin. (Budapesti orvosi ujseig. 1911. Nr. 44.) Beim gesunden Säugling ist Phosphor im Urin nicht oder nur in Spuren aufzufinden. Bei Verdauungsstörungen steigert sich der Phosphorgehalt nach der Intensität der Erkrankung. Es wurden 75 Säuglinge untersucht. Ernö Deutsch (Budapest).

O. Sukares, Atypische Form der hypertrophischen Leberzirrhose. (Gyogyàscat. 1911. Nr. 44.) Bei dem 2 Jahre alten Kinde wurde die seltene „cirrhose hypertrophique microsplénique et anicterique“ (Lereboullet, Gilbert, Fournier) auf Grund der Sektion diagnostiziert, da die Tuberkulose der Organe der Brusthöhle die sichere Diagnose in vivo nicht ermöglichte. Alkoholismus und Syphilis konnte man ausschließen. Das Kind wurde im Stephanie-Kinderhospital beobachtet und seziert. Ernö Deutsch (Budapest).

L. Achsenoff, 360 Scharlachfälle behandelt mit Moserschem Serum. (Wratsch. Gazet. 1910. Nr. 49 u. 50.) Im städtischen Kinderkrankenhause in St. Petersburg unterzog A. 360 Fälle von Scharlach, d. h. 20% der im Jahre 1908 überhaupt zur Beobachtung gelangten Scharlachfälle, der Behandlung mit Moserschem Serum.

Das Serum wurde bei allen am ersten Tage der Erkankung eingelieferten Fällen, 59 an der Zahl, regelmäßig angewandt; bei den am zweiten und den folgenden Krankheitstagen eingekommenen Fällen nur dann, wenn sie schwer waren. 96 Patienten bzw. 27% der Fälle starben. 138 Fälle waren unkompliziert, 222 wiesen verschiedene Komplikationen auf, und zwar: Lymphadenitis, Nephritis, nekrotische Angina. Die Injektionen wurden am ersten, zweiten und dritten Tage der Erkrankung gemacht, und zwar in Mengen von 100—200 ccm; in 34 Fällen wurden wiederholt Injektionen gemacht. Am günstigsten erwiesen sich Injektionen mit 150 ccm Serum, die an den Vorderflächen der Oberschenkel oder den abhängigen Partien des Abdomens vorgenommen wurden. Interessant sind die Angaben über die beobachteten Komplikationen: Lymphadenitis wurde 151 mal (d. h. in 42% der Fälle) beobachtet und hatte eine Sterblichkeit von 76 Fällen (50%). Eine nekrotische Angina wurde 119 mal (33%) gesehen und wies eine Sterblichkeit von 47% auf, Otitis fand sich 89 mal (24%) vor mit einer Sterblichkeit von 42%, während Nephritis nur in 27 Fällen (8%) gesehen wurde. Pathologisch-anatomisch wurden bei der Sektion am häufigsten parenchymatöse und fettige Degenerationen des Herzens, der Leber und der Nieren, sowie eine Hypoplasie der Milz gefunden.

Was den positiven Einfluß der Serumbehandlung anbetrifft, so wurde im allgemeinen eine Verminderung der Komplikationen mit Nephritis konstatiert. In bezug auf die Beeinflussung der einzelnen Symptome ergab sich folgendes: Ein Temperaturabfall beginnt meistens 5 Stunden nach der Injektion und hält desto länger an, je früher das Serum gespritzt wurde; er ist auch von der Menge des gespritzten Serums abhängig. Auf die Intensität und Dauer des Exanthems übte das Serum unzweifelhaft einen Einfluß aus; es wurde in den meisten Fällen einen Tag nach der Injektion blasser, um nach weiteren 24 Stunden endgültig zu verschwinden. Am längsten hielt sich das Exanthem an den Beugeflächen der Extremitäten. Auf die Abschuppung blieb das Exanthem ohne Einwirkung, während die Pulsfrequenz seltener, der Puls voller und kräftiger wurde. Es handelt sich aber hierbei auch um eine indirekte, durch den Temperaturabfall bedingte Wirkung: Die Pulsfrequenz war stets der Höhe der Temperatur parallel, ebenso nahm beim Anstieg der Temperatur die Pulsfrequenz wiederum zu. Herzarythmien wurden nur in 45% der Fälle beobachtet, wobei zu betonen ist, daß alle Kranken von Anbeginn an Herzanaleptica erhielten. Die Atmung wurde in keinerlei irgendwie bemerkbarer Weise beeinflußt, das Allgemeinbefinden hingegen wies stets eine bedeutende Besserung auf. Selbst in den Fällen, wo die Temperatur von neuem anstieg.

Von Komplikationen, die als Folge der Seruminjektion zu betrachten sind, werden Eiterungen an der Injektionsstelle, Urtikaria, Erytheme verschiedener Art, Arthritiden und Ödeme genannt. Alle diese Komplikationen kamen in verschiedener Stärke und Häufigkeit vor und werden in der Arbeit eingehend besprochen. Besonders betont zu werden verdient aber noch der Umstand, daß Serum verschiedenen Ursprungs verschieden wirkte. Während das aus dem bakteriologischen Institut der Universität Moskau stammende Serum

stets die genannten Eigenschaften entfaltete, beeinflußte das vom St. Petersburger Institut für experimentelle Medizin gelieferte den Charakter des Exanthems z. B. gar nicht. Die Ergebnisse seiner klinischen Beobachtungen faßt P. in folgende Schlußsätze zusammen:

1. Das Mosersche Serum ist möglichst früh, jedenfalls nicht später als am vierten Krankheitstage, besonders bei Kindern unter 5 Jahren, einzuführen.

2. Eine wiederholte Seruminjektion ist nutzlos.

3. Das Serum vermindert die Anzahl der Komplikationen und die Mengen der Nephritiden.

4. Bei möglichst früher Injektion des Serums wird die Anzahl der Komplikationen geringer.

5. Die Menge des zu injizierenden Serums beträgt 150,0 ccm; und bei dieser Menge wird die Häufigkeit der Komplikationen und die Sterblichkeit geringer.

6. Als unbestreitbare, positive Seiten der Serumbehandlung sind der Temperaturabfall, die Verringerung der Dauer des Exanthems, die Verbesserung des Allgemeingefühls und zum Teil auch die Verbesserung der Pulsqualität zu betrachten.

7. Als negative Seite der Serumbehandlung sind die speziellen Serumerscheinungen zu betrachten, von denen das hämorrhagische Erythem am gefährlichsten ist.

8. Ohne die Frage über die Serotherapie des Scharlachs als endgültig gelöst zu betrachten, sieht P. dennoch im Moserschen Serum ein mächtiges Heilmittel, das bei rechtzeitiger Anwendung in genügender Menge manchmal den Kranken vom Tode zu erretten vermag, sehr oft aber einen mächtigen Hebel im Kampfe gegen die Krankheit abgibt.

Um die Frage zu entscheiden, ob an den von ihm beobachteten günstigen Resultaten nicht etwa das Serum allein schuld sei, spritzte P. 15 Patienten Pferdeserum in derselben Menge ein. Es ergab sich, daß alle negativen Seiten der Serumbehandlung vorhanden waren, während alle positiven Seiten derselben fehlten. Es ist daraus klar, daß nicht das Serum als solches den Heilfaktor darstellt, sondern ein gewisses, noch unbekanntes Etwas, was im Antistreptokokkenserum nach Moser erhalten ist.

S. Rubinstein (Riga).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

3. Internationaler Kongreß für Säuglingsschutz.

Berlin, 11.—15. September 1911.

(Nach d. Deutschen med. Wochenschrift.)

Allgemeine Sitzung.

(Fortsetzung aus der vorigen Nummer.)

Scheible (Bremen): **Über die Notwendigkeit der Kombination der offenen und geschlossenen Fürsorge.** In Freiburg i. Br. ist die Säuglingssterblichkeit der Unehe-

lichen auf 13 % herabgedrückt worden, also fast auf das Niveau der ehelichen, deren Mortalität 12 % betrug. Das wurde durch das Zusammenarbeiten der offenen Fürsorge (ärztliche Beratungsstunde) mit der geschlossenen (Krippe und Krankenhaus) erreicht. Die ärztliche Leitung beider Stellen wurde in eine Hand gelegt. Die Direktion der Kinderklinik bekam die ganze Leitung. Die Milchversorgung der unehelichen Kinder wurde in keiner Weise überwacht oder verbessert, ein Beweis, daß die Qualität der Milch an der früheren großen Sterblichkeit der Unehelichen schuldlos war.

Referat. **Fürsorge für Schwangere und Wöchnerinnen.** a) v. Franqué (Gießen): Ein Hauptziel der öffentlichen Fürsorge für Schwangere und Wöchnerinnen muß eine durchgreifende Reform des Hebammenwesens sein, ferner die Unterbringung aller bedürftiger Schwangerer und Wöchnerinnen in geburtshilfliche Anstalten, die zu diesem Zwecke um das Fünffache vermehrt werden müßten. Die Schwangere muß 6—8 Wochen vor der Entbindung vor erschöpfender und ungesunder Arbeit geschützt sein. Für die Wöchnerin muß außer sachverständiger Leitung der Geburt zum mindesten sichergestellt sein eine genügende Ernährung und Ruhe in den ersten sechs Wochen nach der Entbindung und die Ermöglichung des Selbststillens, so lang als irgend tunlich. Eine gesetzlich geregelte ausreichende Fürsorge für Schwangere und Wöchnerinnen wäre die wirksamste Waffe gegen zwei neuerdings dem deutschen Volke drohende Gefahren: die Zunahme der kriminellen Aborte und die Abnahme der Geburtenzahl.

b) van der Velde (Haarlem): Durch planmäßige, streng beaufsichtigte Massenwochenpflege nach dem Haarlemer System gelingt es, die Säuglingssterblichkeit in den unbemittelten Bevölkerungsklassen bis auf ein Drittel herabzusetzen. Von 500 der so während der ersten 14 Tage im Hause gepflegten, später aber nicht beaufsichtigten Säuglinge waren am Ende des ersten Lebensjahres nur 20, d. i. 4 % gestorben. Dagegen betrug die Sterblichkeit der nicht gepflegten Kinder derselben Mütter 12,4 %. Die Einführung der erwähnten Pflege hat, obwohl sie nur $^1/_4$ der Geburten umfaßt, die Mortalität auf 8,89 % in 1907/1908 herabgesetzt. Dieser Erfolg läßt sich erklären durch Einschränkung der Sterblichkeit während der Pflege, Förderung des Stillens, Kräftigung der mütterlichen Gesundheit, Belehrung der Mütter durch Rat und Tat. Wochenfürsorge ist der wirksamste Säuglingsschutz.

Referat. **Fürsorgestellen und Stillpropaganda.** Sykes (London) schildert die Organisation der englischen Mütterberatungsstellen.

Deutsch (Budapest): **Die Säuglingsfürsorgestellen in Ungarn.** Mit ihrer Einrichtung wurden partielle Erfolge erzielt, die Gesamtsterblichkeit der Säuglinge in Budapest ist jedoch nicht gesunken.

Referat. **Milchküchen und ihre Erfolge.** Salge (Freiburg i. Br.): Die Abgabe von Säuglingsnahrung in trinkfertigen Portionen kann nur dann als geeignete Maßregel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit betrachtet werden, wenn die Milchküche mit einer Beratungsstelle für Mütter aufs engste verbunden ist. Falls Milchabgabe überhaupt notwendig erscheint, so soll diese möglichst nur gegen Entgelt (ausgenommen bei notorischer Armut) erfolgen; hingegen die natürliche Ernährung durch Gewährung von Stillprämien gefördert werden. Milchabgabe an bemittelte Kreise ist nicht zu billigen.

Diskussion. Straus (New York) tritt für die Vorzüge der pasteurisierten Milch ein. — Hirsch (Wiesbaden) zweifelt die Vorzüge der pasteurisierten Milch an. — Pincus (Posen): Da eine unintelligente Klientel gar nicht in der Lage ist, die Vorschriften des Arztes auszuführen, so bilden Milchküchen die notwendige Ergänzung der Beratungsstellen. — Sieveking (Hamburg): Die Milchküchen Hamburgs entwickeln sich mehr und mehr zu Milchapotheken, wo zahlreiche Sondermischungen hergestellt werden. Die Anstalten werfen einen bescheidenen Überschluß ab, der zur Anstellung von Pflegerinnen und für den Mietzins der Lokale verwendet wird. — Auerbach (Berlin) weist auf die Vorzüge des Henne-bergschen Milchsterilisators mit Rückkühlung hin. — Hauser (Karlsruhe): In Karlsruhe ist die Säuglingssterblichkeit seit Eröffnung der von Nathan Straus gestifteten Milchküche von 21—30 % auf 15—16 % gesunken. Die Mortalität der Fürsorgekinder selbst beträgt jetzt nur 6—8 %. Freilich sind in dieser Zeit außer der Milchküche auch andere fürsorgliche Maßnahmen getroffen worden. — Feer (Zürich): Auch gutsituierten Müttern soll gegen entsprechendes Geld die Milchküche offen stehen. — Siegert (Köln) schließt sich dem an.

Liefmann (Berlin): **Einfluß der Hitze auf die Säuglingssterblichkeit.** Bisher glaubte man, daß die von der Hitze begünstigte Milchzersetzung den Tod so vieler Kinder im heißen Sommer bedinge. Nun folgt aber die Sterblichkeit oft so rasch der Hitze, daß nichts anderes übrig bleibt, als die Annahme einer direkten Hitzeschädigung, eines Hitzeschlages als Todesursache. So sterben laut Totenschein an heißen Tagen die Säuglinge nicht an Darmstörungen, sondern an „Krämpfen", die auch beim Hitzschlag des Erwachsenen prävalieren. Aber die Statistik zeigt, daß auch die Verdauungsstörungen, die namentlich im Spätsommer herrschen, in Zusammenhang mit der Hitze stehen. Es ist aber irrig anzunehmen, daß die Hitze direkt zur Ernährungsstörung führt. Zur Hitzeschädigung muß sich eine unzweckmäßige Ernährung gesellen, wenn Darmaffektionen entstehen sollen.

Diskussion. Salge (Freiburg i. Br.): Im Sommer gibt es sowohl Schädigungen des Verdauungsapparates wie spezifische Hitzeschädigungen. — Rosenhaupt (Frankfurt a. M.): Eine Gefahr für die Säuglinge kann im Sommer in der durch Störung der städtischen Wasserversorgung gebotenen Verminderung des Wasserverbrauches entstehen. Darunter leidet dann Kühlung und Reinhaltung der Säuglinge. — Siegert (Köln): Die Wohnungsverhältnisse müssen gebessert werden. Es gibt bestimmte Säuglingssterbehäuser. In diesen Häusern waren in diesem Sommer mehr als 30° C Tagesdurchschnittstemperatur. — Bernheim-Karrer (Zürich): Von 17 Schweizer Städten hatten nur vier einen Sommerspiegel, 13 zeigten keine Erhöhung der Sterblichkeit in diesem Sommer. — Genersick (Budapest): Besonders gefährlich sind die Hitzeperioden, die nachts keine Abkühlung bringen. Von sehr günstigem Einfluß ist das öftere Baden der Kinder in lauwarmem Wasser, dreimal täglich. — Göppert (Göttingen): Beim Eintritt einer Hitzeperiode soll die Tagespresse auf die Gefahren und deren Bekämpfung hinweisen. — Medin (Stockholm): In der Hitzeperiode dieses Jahres war in Stockholm keine Zunahme der Säuglingssterblichkeit zu beobachten. Bei großer Reinlichkeit der Räume und Reinhaltung des Säuglings ist die Hitze ohne ungünstigen Einfluß. — Auerbach (Berlin): Für geschlossene Anstalten sind Kühlzimmer empfehlenswert.

Referat. **Krippen.** Meier (München): Das Krippenwesen ist in Deutschland über einen guten Anfang nicht hinausgekommen. Schlecht geführte Anstalten haben die Sache selbst geschädigt. Die Erfordernisse eines einwandfreien Betriebes sind in den Anstalten der geschlossenen Fürsorge festgelegt, die die Krippen gleichfalls zu befolgen haben. Die wichtigste Persönlichkeit für einen geordneten Betrieb ist der Arzt. Die Krippen haben vor allem die Aufgabe, das Stillen zu fördern. Ein Stillhindernis ist es, Kinder schon in den ersten Lebenstagen aufzunehmen. Vor Beginn des zweiten Lebensmonates sollten keine Aufnahmen erfolgen. Um die Fabrikarbeiterinnen zum Stillen anzuhalten, empfehlen sich Fabrikkrippen, deren Erfolge allgemein anerkannt sind. Die staatlichen Betriebe sollten hierin mit gutem Beispiel vorangehen. Der Staat sollte durch gesetzliche Verordnungen einen einwandfreien Betrieb sichern, wie es in Frankreich schon seit 1861 der Fall ist. Empfehlenswert ist für Deutschland eine Vereinigung der Freunde und Interessenten des Krippenwesens.

Referat. **Die Anstaltsfürsorge für Säuglinge.** Finkelstein (Berlin): Die moderne Säuglingsanstalt erzielt bei sachgemäßer Organisation und Leitung die ausgezeichnetsten Erfolge. Zugegeben muß werden, daß namentlich bei künstlich genährten Kindern gewisse Schwierigkeiten bestehen und daß man mit den in der Familie üblichen einfachen Milchverdünnungen meist nicht auskommt. Daran sind besonders infektiöse Erkrankungen unscheinbarster Art schuld, die sekundär zu Verdauungsstörungen führen. Durch Verbesserung der künstlichen Ernährungsmethoden wird es gelingen, Flaschenkinder auch in Anstalten so widerstandsfähig zu machen, daß sie diese kleinen Infektionen symptomlos oder mit sehr geringen Folgen überstehen. Das zweckmäßigste Verfahren wird aber immer in der Vereinigung der anstaltlichen Pflege mit einer ärztlich kontrollierten Rekonvaleszentenpflege in Familien bestehen, in die die Kinder nach Eintritt der Besserung gelangen.

Cassel (Berlin): **Die Verhütung und Bekämpfung der Infektionen in geschlossenen Anstalten.** (Erscheint als Originalartikel in dieser Wochenschrift.)

Referat. **Säuglingsfürsorge auf dem Lande.** a) Fräulein Baum (Düsseldorf): Die Kinderpflege auf dem Lande leidet vielfach durch die allzu starke Belastung der Frau mit beruflicher Tätigkeit. Durch die Landpflegerinnen, die der Verein für ländliche Heim- und Wohlfahrtspflege entsendet, wird der überlasteten, mangelhaft belehrten und erzogenen Frau auf dem Lande Hilfe gebracht. Die Mittel müssen durch die Kreise mit Hilfe der Gemeinden aufgebracht werden.

b) Hansen (St. Petersburg): Als besonders empfehlenswertes Mittel zur Bekämpfung der ländlichen Säuglingssterblichkeit sind die Krippen zu nennen.

III. Abteilung: Gesetzgebung und Verwaltungsmaßnahmen.

Referat. **Säuglingsschutz in Gesetzgebung und Verwaltung.** Muus (Kopenhagen): Da die Kindersterblichkeit unter den Unehelichen erheblich größer ist als unter den Ehelichen, müssen die Bestrebungen der Gesetzgebung und Verwaltung in erster Linie darauf ausgehen, die unehelichen Kinder unter möglichst gute und gesicherte Verhältnisse zu bringen, und hierbei darf weder der Wunsch der Mutter noch Rücksicht auf die Gesellschaftsmoral hindernd in den Weg treten. Um sowohl unehelichen wie ehelichen Kindern Schutz angedeihen zu lassen, müssen die Behörden oder eine Institution, deren Mitglieder aus dem Volke selbst gewählt sind, einschreiten und das Kind unter ihren Schutz stellen können, falls es als verkommen oder verwahrlost zu betrachten ist. Genaue Aufsicht über sämtliche Pfleglinge, ebenso scharfe Kontrolle der Adoptivverhältnisse ist erforderlich.

Referat. **Mutterschaftsversicherung.** a) Bruno (Heidelberg): Rund anderthalb Millionen deutscher Frauen befinden sich zur Zeit ihrer Entbindung in schutzlosem Zustand. Da eine hinreichende reichsgesetzliche Regelung der Frage in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist, hat man in der Gründung der Propagandagesellschaft für Mutterschaftsversicherung den Weg der Selbsthilfe, der privaten Versicherung beschritten. Die Gesellschaft will die Mittel sammeln, um Mutterschaftskassen zu gründen, welche es allen weiblichen Personen, deren Einkommen unter 3000 Mk. bleibt, ermöglichen sollen, bei kleineren Einzahlungen Unterstützungen für ein eintretendes Wochenbett zu erlangen.

b) Weiss (Wien) schildert die Einrichtung und Handhabung der Wiener Stillkasse.

c) Poussineau (Paris): Die seit 1892 in Paris bestehende Mutterschaftsversicherung zählt 25000 Mitglieder.

d) Merlin (Etienne): Eine Ausdehnung der Mutterschaftsversicherung auf die ganze Arbeiterbevölkerung ist das beste Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.

Referat. **Die Unterbringung syphilitischer Kinder.** a) Rietschel (Dresden): Die bei gesunden fremden Pflegefrauen untergebrachten erbsyphilitischen Kinder bedeuten eine große Gefahr für ihre Umgebung. Die Verwaltungsbehörden sollen dafür sorgen, daß die Diagnose der Syphilis bei diesen Kindern möglichst frühzeitig gestellt, daß solche Kinder den Ziehmüttern abgenommen und dauernd beaufsichtigt und behandelt werden.

b) Rechtsanwalt Thiersch (Leipzig): Die Beziehungen zwischen unehelichen Kindern und Fürsorgeämtern u. ä. beruhen teils auf öffentlichem Recht — Aufsicht der Stadt über die unehelichen Kinder und die Ziehmütter im öffentlichen Interesse —, teils auf Privatrecht, soweit die Bevormundschaft eingeführt ist. Die Krankenhausbehandlung von unehelichen syphilitischen Kinderngegen den Willen der Mütter oder des Vormunds ist gesetzlich unzulässig, hingegen darf die Behandlung kranker Kinder im Hause auch trotz Verbotes der Erziehungsberechtigten vorgenommen werden. In Dresden darf — der Zeitersparnis wegen — ohne weiteres vom Fürsorgeamte die Krankenhausbehandlung offensyphilitischer Kinder angeordnet werden, und erst bei etwaigem Widerspruch der Erziehungsberechtigten muß die Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes eingeholt werden.

c) Dehne (Dresden) berichtet über die Erfahrungen, die mit den vom Fürsorgeamt in Dresden erlassenen Bestimmungen bisher gemacht sind.

d) Turquan (Paris): Bereits im 18. Jahrhundert hat Lenoir in Paris eine Anstalt geschaffen, wo syphilitische Mütter behandelt wurden und gleichzeitig syphilitischen Kindern die Brust reichten. Auch die Société de prophylaxie sanitaire et morale in Paris arbeitet dahin, daß syphilitische Säuglinge von ihren Müttern oder syphilitischen Ammen gestillt werden. Die Ergebnisse sind sehr günstig.

Referat. **Gewinnung und Kontrolle der Säuglingsmilch.** Ostertag (Berlin): Zur Gewinnung einer unschädlichen und bekömmlichen Säuglingsmilch ist erforderlich: Eine tierärztliche Kontrolle der Milchtiere, ärztliche Kontrolle des Melkpersonals und der sonstigen gesundheitlichen Verhältnisse der Milchwirtschaften und eine chemische Kontrolle der Milch. Der Milchverkehr ist, bis zu einer gesetzlichen Regelung, durch örtliche Normativbestimmungen zu regeln; wichtig ist auch die Belehrung des Milchproduzenten und des Molkereipersonals.

Chambrelent (Bordeaux): **Die Notwendigkeit, die Herkunft der Säuglingsmilch zu überwachen.** Chemische und bakteriologische Reinheit der Milch genügen nicht, um sie zu einer einwandfreien Säuglingsnahrung zu machen. Sie kann gefährlich werden, wenn sie von kranken oder unsauberen Personen behandelt wird. Es ist nötig, nicht nur die Milchtiere, sondern auch das Melkepersonal sowie die dem Zwichenhandel dienenden Personen zu überwachen. (Schluß folgt.)

Berliner orthopädische Gesellschaft.

(Nach d. Deutschen med. Wochenschrift.)

Sitzung am 1. Mai 1911.

Vorsitzender: Joachimsthal. Schriftführer: Böhm.

1. Hans Virchow: **Die Rückenmuskulatur bei Skoliotischen.** V. präparierte an drei Leichen Skoliotischer die Rückenmuskulatur bis in die feinsten Details. Er fand, daß die oberflächlichen Rückenmuskeln fast gar nicht von der Norm abweichen. Die tiefen Muskeln, welche präparatorisch sämtlich nachzuweisen sind, wurden äußerst dürftig befunden; der Grad der Dürftigkeit steht in keiner direkten Proportion zum Grad der Skoliose, er hängt von der Konstitution und der Arbeitsleistung des Individuums ab. An den tiefen Muskeln sieht man neben Verlagerung Degeneration und Verkürzung, ohne daß beide in direktem Verhältnis zueinander stehen; die Degeneration ist sehnig oder fettig und sicher eine Sekundärerscheinung. An der veränderten Muskulatur ist keine Spur einer Zweckmäßigkeit vorhanden. Praktisch ergibt sich, daß von der chirurgischen Behandlung der Skoliose (Muskeldurchschneidung) nichts zu erwarten ist. Einzig die Gymnastik kann in Betracht kommen.

Diskussion. Joachimsthal weist auf den Wert dieser Untersuchungen hin; sie bestätigen, daß die Therapie der Skoliose keine chirurgische sein kann. — Böhm: Das Wichtigste der Untersuchungen ist, daß die Muskelveränderungen bei Skoliose sekundärer Natur sind.

2. Maier (Aussig): **Zur Ätiologie des angeborenen Klumpfußes.** 5jähriges Kind mit primärem angeborenen Klumpfuß. Es bestand angeborener Defekt des Naviculare, des Meso- und Ektocuneiforme, der beiden äußeren Metatarsalia und Synostose zwischen Calcaneus und Cuboideum; Tibia und Fibula sind verkürzt.

3. Wollenberg: **Trauma und Hüftluxation.** Bei einem durch Flankenschnitt extrahierten 6 Tage alten Kind schien klinisch eine linksseitige Luxatio coxae congenita zu bestehen; Röntgenbild zeigte das Femurende außerhalb der Hüftpfanne. Bei der alsbaldigen Reposition fühlte man deutlich Krepitieren; es handelte sich also sicher um eine Epiphysenlösung. Nach 4 Wochen völlige Restitution. Die Reposition der gleichzeitigen Epiphysenlösung am Humerus war nicht möglich.

4. Joachimsthal: **Spontan geheilte angeborene Hüftluxation.** Kind mit im ersten Lebensjahre diagnostizierter sicherer Hüftluxation, gleichseitigem Tibiadefekt mit Klumpfuß und Wirbelanomalien stellte sich mit 2 Jahren zur Einrenkung der Luxation wieder ein. Die Luxation war inzwischen spontan ausgeheilt, wahrscheinlich infolge der mechanischen Einwirkungen beim Gang mit einer die Verkürzung ausgleichenden Prothese.

Diskussion. Wollenberg zeigt ein Röntgenbild eines kindlichen Beckens, an dem die oberen Pfannenränder abgeschrägt, oberhalb derselben pfannenartige Dellen sind. Wahrscheinlich hat es sich auch hier um inzwischen spontan geheilte Luxatio coxae congenita duplex gehandelt.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(Nach der Münch. med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 19. Mai 1911.

Prof. Moro in Heidelberg wird einstimmig zum korrespondierenden Mitglied der Gesellschaft ernannt.

Goett: **Demonstrationen.** a) 10jähriges Mädchen mit **atypischer Muskeldystrophie.** Der Fall paßt in keines der bekannten Bilder. Es dürfte sich wohl mit Sicherheit um eine reine Myopathie, den Endzustand einer Dystrophia musculorum progressiva, handeln.

b) 7jähriges Mädchen mit **akuter Poliomyelitis.** Lähmung der Arme, Beine, der Bauchmuskulatur, der Blase und des Mastdarms. (Nach 5 wöchiger Krankheit völlige Restitutio ad integrum.)

Witzinger: **Zur Epidemiologie des Scharlachs.** W. hat zusammen mit Keck sämtliche Scharlachkrankengeschichten des Archivs der Kgl. Universitäts-Kinderklinik in München durchforscht, um ein Bild des Genius epidemicus der letzten 25 Jahre zu gewinnen. Im ganzen wurden 1056 Krankengeschichten verwendet. Es zeigte sich, daß in den Jahren 1886—1893 eine recht schwere Epidemie herrschte, die in 18—25% in den ersten Tagen der Erkrankung erfolgten Todesfällen und in einer meist weit über 3 Wochen betragenden Fieberdauer ihren Ausdruck findet. Von 1893 ab nimmt die Schwere der Epidemie stetig ab, so daß der Scharlach in den letzten Jahren einen ziemlich harmlosen Eindruck macht (1—3% Todesfälle, Fieberdauer meist nicht über 1 Woche). Was die einzelnen Komplikationen betrifft, so ist die Lymphadenitis über die ganze Beobachtungszeit ziemlich gleichmäßig verteilt, die Otitis und die Rachennekrosen, der Rheumatismus sowie insbesondere postskarlatinöse Pneumonien scheinen bestimmte Jahre zu bevorzugen. Die Häufigkeit der Nephritis postscarlatinosa scheint im allgemeinen mit der Schwere der Epidemie parallel zu gehen. Nur in einem Jahre fand sich eine Häufung von Nephritisfällen, die in der Schwere der Epidemie des betreffenden Jahres keine Erklärung findet. Ein Einfluß diätetischer Maßnahmen oder therapeutischer Prozeduren auf die Häufigkeit der Nephritis ließ sich nicht feststellen.

W. berichtet ferner über seine Erfahrungen an Familieninfektionen. Die Infektionsgefahr in Familien erwies sich als nicht sehr groß. Nur zu etwa 10% wurden bei Erkrankung eines Kindes auch die übrigen infiziert. An einem großen Material von Geschwistererkrankungen (dem Archiv der Münchener Kinderklinik und des Karolinen-Kinderspitals in Wien entstammend) konnte gezeigt werden, daß Scharlacherkrankungen bei Geschwistern in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ähnlich zu verlaufen pflegen.

Sitzung vom 14. Juni 1911 im Gisela-Kinderspital.

Ibrahim: **Über Meningitis basalis posterior.** Die Meningitis basalis posterior der anglo-amerikanischen Literatur ist nichts anderes als eine protrahiert verlaufende Meningokokkenmeningitis, wie sie besonders in den ersten Lebensjahren öfter zur Beobachtung kommt. Wenn auch eine ätiologische Abtrennung von anderen Meningokokkenmeningitiden kaum berechtigt sein dürfte, so verdienen doch die klinischen Beobachtungen der Engländer im Verein mit den pathologisch-anatomischen Befunden Beachtung. Sie beweisen, daß bei protrahiert verlaufenden Fällen häufig ein eitriges oder sulziges Exsudat oder Schwarten und Narben an der Hirnbasis in der hinteren Schädelgrube vorhanden sind, während sonst die Meningen frei von gröberen Veränderungen sein können, und daß klinisch bei diesen Fällen vor allem der forcierte krampfhafte Opisthotonus, gehäuftes Erbrechen, event. tonische Steckspasmen im Vordergrund der Erscheinungen stehen. J. berichtet über 2 derartige Fälle.

Lotmar demonstriert einen geheilten Fall von **Enzephalitis bzw. diffuser postinfektiöser Hirnschädigung.** Die event. ätiologische Zugehörigkeit zur Heine-Medinschen Krankheit soll auf immuno-diagnostischem Wege verfolgt werden.

Ibrahim demonstriert ein $2^1/_2$jähriges Kind mit beiderseitigem horizontalen **Nystagmus** und gelegentlichen Schüttelbewegungen des Kopfes. Es handelt sich wahrscheinlich um die Folgen einer durch Sehnenvenatrophie bedingten Amblyopie, die ebenso wie der mäßige Hydrocephalus mit der stark positiven Wassermannschen Reaktion in Zusammenhang gebracht werden dürfte.

Freudenberg demonstriert einen Fall von ausgeprägtem **Myxödem** bei einem 14jährigen Mädchen und bespricht die Veränderungen des Skeletts, des morphologischen Blutbildes und des Katalasegehaltes des Blutes während der Behandlung.

Sitzung vom 30. Juni 1911.

Prof. Lohmann, Direktor des Landerziehungsheims Unterschondorf (a. G.): **Sexuelle Pädagogik der männlichen Jugend unserer Mittelschulen.** Nachdem L. der Freude darüber Ausdruck gegeben hatte, daß heute Arzt und Pädagoge zum Besten der Jugend zusammenarbeiten können und eine gesunde hygienische und sozial-ethische Würdigung des Sexuallebens als Grundlage erwiesen hatte, wandte er sich gegen die bestehende Heuchelei der menschlichen Gesellschaft in dieser Hinsicht, welche durch die besonders an die Jugend gestellten Anforderungen gezeigt werde, denen keinerlei Hilfe und tatkräftige Ablenkung von seiten der Schule und der Erzieher entspreche. Die letztere sieht L. 1. in der allgemeinen Anerkennung der Notwendigkeit gründlicher Erforschung der infantilen Sexualität, wo wir erst in den Anfängen uns befinden, 2. in einer nach Altersstufen geordneten richtigen Behandlung in Nahrung, Kleidung, Wohnort und körperlicher Bewegung der Jugend (besonderer Beachtung der Pubertätszeit), 3. in Aufklärung durch vertrauenswürdige Persönlichkeiten (ein Begriff, der später durch die Diskussion besser als „sexuelle Erziehung" richtiggestellt wurde).

Uffenheimer verliest im Anschluß hieran den Entwurf seines **Fragebogens über die sexuelle Entwicklung in der Kindheit,** der nach einem früheren Beschluß der Gesellschaft einer mit deren Unterstützung (zunächst in ärztlichen Kreisen) vorzunehmenden Sammelforschung zugrunde gelegt werden soll.

IV. Neue Bücher.

P. Krause und C. Garrè. **Lehrbuch der Therapie innerer Krankheiten.** I. Band. Jena, G. Fischer. Preis: Mk. 11,50.

Zwei bedeutende Kliniker, ein Interner und ein Chirurg, haben sich zusammengetan, um den Ärzten und Studenten ein kurzes Lehrbuch der Therapie innerer Krankheiten zu schaffen, welches die Heilmethoden mit ihren speziellen Indikationsgebieten in wissenschaftlicher, kritischer und experimentell-biologischer Begründung

zur Darstellung bringt. Namhafte Mitarbeiter — ebenfalls teils Interne, teils Chirurgen — haben die Herausgeber unterstützt, und wenn man den vorliegenden I. Band, welcher die „Allgemeine Therapie" enthält, liest, kommt man zu dem kritischen Ergebnis, daß das Werk die Note „ausgezeichnet" verdient. Die „Diätotherapie" ist von M. Matthes, Die „Pharmakotherapie" von R. Magnus, die „Hydro- und Thermotherapie" von J. Straßburger, andere Kapitel von Rieder, Machol, Mann, Krause, Stich, Jochmann usw. bearbeitet worden. Röntgen- und Radiotherapie, Massage, Serumtherapie, Elektrotherapie, Psychotherapie, Krankenpflege und wie die einzelnen Teile unseres therapeutischen Rüstzeuges alle heißen mögen, sie haben sämtlich durch diese Autoren eine vorzügliche Besprechung erfahren. Sehr zahlreiche gute Abbildungen sind dem Werke beigegeben, und so wird dasselbe sicherlich in den Kreisen der Praktiker die freundlichste Aufnahme finden. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

1. **Bräuler, R.**, Der Einfluß verschiedener Labmengen und verschiedener Temperaturen auf die Gerinnung der Milch und die mikroskopische Struktur der Kaseingerinnsel (Tübingen). — 2. **v. Brandenstein, Hedw.**, Zur Kasuistik der Epithelkörperchenblutung bei Tetania infantum (Heidelberg), — 3. **Eyles, F.**, Ostitis und Osteomyelitis luetica des linken horizontalen Unterkieferastes in einem Falle von Lues hereditaria tarda (München). — 4. **Fisahn, L.**, Xanthoma tuberosum multiplex beim Säugling (Jena). — 5. **Gerlach, W.**, Über die Ursachen der Pubertätsepilepsie (Berlin). — 6. **Guischard, M.**, Statistisches und Klinisches über Augenverletzungen bei Kindern (Rostock). — 7. **Hahn, B.**, Die Prognose der offenen Tuberkulose im Kindesalter (Berlin). — 8. **Hummel, E.**, Hydrops congenitus (Freiburg). — 9. **Koga, E.**, Appendizitis beim Kinde (München). — 10. **Laurentius, J.**, Zur Leistungsfähigkeit der weiblichen Brustdrüse (Leipzig) — 11. **Lehmann, L.**, Ein Fall von Hydrocephalus internus acquisitus nach Meningitis cerebrospinalis epidemica (München). — 12. **Morgenstern**, Spontanluxation der ektopischen durchsichtigen Linsen in die vordere Augenkammer im Kindesalter (Freiburg). — 13. **Nordmann**, Beiträge zur Kasuistik und Therapie der Diphtherie der Konjunktiva (Straßburg). — 14. **Otto, Anna**, Entwicklung und heutiger Stand der Immunotherapie des Scharlachs (Leipzig). — 15. **Paganetty, Th.**, Die Scharlachepidemie in Göttingen 1910 (Göttingen). — 16. **Remus, A.**, Die Ätiologie der Chorea minor (Berlin). — 17. **Schaaf, M.**, Pathologische Luxation des Hüftgelenkes nach Scharlach (Halle). — 18. **Schrey, P.**, Die Präparate der Doppelmißbildungen im Greifswalder pathologischen Museum (Greifswald). — 19. **Schröter, M.**, Über einen Fall von angeborener doppelseitiger Hydronephrose mit Verschluß des Orificium externum urethrae (Leipzig). — 20. **Stricker, E.**, Die Größenmasse der Milz im Kindes- und Jugendalter (Berlin). — 21. **Wolffenstein, W.**, Über die Epilepsie der Pubertätszeit (Leipzig).

V. Therapeutische Notizen.

Novocol verwendete mit Vorteil Dr. H. Kremer (Kinderabteil. der Wiener Allgem. Poliklinik). Das guajakolphosphorsaure Natron (in Deutschland unter dem Namen „Phosphagol" bekannt) wird in Form von Novocolsiruptabletten oder in Verbindung mit Chinin als Novocolchinin in Schokoladepillen verabreicht. Verf. verwendete Novocolsirup, bei dem das Novocol in Orangesirup gelöst erscheint, und das Novocolchinin in Schokoladepillen, die zirka 2,5 mm im Durchmesser haben und je 0,05 Novocol enthalten. Der Novocolsirup hat einen bittersüßen Geschmack und wurde von den Kindern meist gut vertragen

und in der Regel gerne genommen. Als Indikationen für die Darreichung des Sirups dienten chronische Bronchitis und Lungentuberkulose in noch nicht vorgeschrittenem Stadium. Die tägliche Dosis betrug je nach dem Alter des Kindes 1/2—2 Kaffeelöffel in 1—4 Dosen vor dem Essen genommen. Die Wirkung war eine recht zufriedenstellende; die katarrhalischen Erscheinungen besserten sich oft, der Appetit stieg und mit ihm das Gewicht der kleinen Patienten. Da dieses Präparat den Magen unzersetzt passiert und erst im Darm resorbiert wird, treten Verdauungsstörungen nur selten auf. In den wenigen Fällen, wo der Sirup nicht vertragen wurde, sondern Appetitlosigkeit hervorrief, oder wo die Kinder direkt einen Widerwillen dagegen hatten, sowie in jenen Fällen, wo der Appetit und die Ernährung von vorneherein sehr darniederlagen, ferner in Fällen von beginnender Lungentuberkulose mit abendlichen Temperatursteigerungen verordnete Verf. Novocolchinin, und zwar 3 mal täglich 3—4 Pillen vor den Mahlzeiten. Dieses wurde in allen Fällen gut vertragen, und bereits 5- und 6 jährige Kinder schluckten die Schokoladepillen — teils wegen des Schokoladeüberzuges, teils wegen der kleinen Form — gern und leicht. Das Resultat seiner Beobachtungen kann Verf. in folgenden Sätzen zusammenfassen: Der Novocolsirup wird von den Kindern meist gerne genommen und gut vertragen und hat bei chronischer Bronchitis und beginnender Lungentuberkulose eine günstige Wirkung; er darf aber nur in jenen Fällen gegeben werden, wo keine Verdauungsstörungen vorhanden sind. In diesen Fällen, sowie bei abendlichen Temperatursteigerungen ist Novocolchinin anzuwenden, das immer gut vertragen wurde. Selbstverständlich ist Verf. weit entfernt, zu glauben, daß diese Guajakolpräparate Specifica sind; es ist aber von großem Werte, daß ein Medikament, das einen so hohen Prozentsatz Guajakol enthält, von Kindern gerne genommen wird. Und hauptsächlich deshalb ist dieses Präparat in allen jenen Fällen, wo in der Kinderpraxis eine Guajakoltherapie angezeigt ist, zu empfehlen. (Die Heilkunde 1911. Nr. 18).

Eine hyrdrotherapeutische Kur bei chronischer Verstopfung bei Kindern, die fast stets von gutem Erfolge und dauernder Heilwirkung war, wendet Dr. J. v. Buczányi (Budapest) seit ungefähr 2 Jahren an. Es ist dies die Bauchdusche, die Verf. in mehr als 50 Fällen angewendet hat. In die Wanne schüttet man 2 bis 3 Finger hoch 28°—31° C Wasser, das Kind wird mit der linken Seite hineingelegt. Aus einer einfachen Gartenkanne wird 2—3 Minuten lang 13—16° C Wasser auf die rechte Seite des Pat. von 89—100 cm Höhe geschüttet. Mit dem Wasserstrahl fängt man in der Querlinie des Nabels rechts an und geht allmählich nach links abwärts. An der linken Seite wird kurz abgesetzt und wieder rechts angefangen. Die Dusche wird am besten des Morgens angewendet. Sehr wichtig ist es, die Prozedur immer zur selben Zeit zu applizieren. Der Stuhlgang stellt sich schon meistens am ersten Tage spontan ein, bestimmt aber am zweiten Tage. Nach 20—25 Duschen trat in 70% vollständige Heilung ein.

(Klin. therap. Wochenschr. 1911. Nr. 37).

Epileptin bei Epilepsie hat Dr. Vorschulze (Leipzig) mit sehr befriedigendem Erfolge angewendet. Epileptin ist eine Kombination von Brom, Zinkoxyd, Borax, Phenazetin, Kochsalz und wird von dem Laboratorium für Therapie in Dresden hergestellt. (Allgem. med. Zentral-Ztg. 1911. Nr. 39.)

Beiträge zur Kasuistik der neuen Eiweißpräparate Riba und Ribamalz liefert Dr. Braitmaier (Kiel). Er hat die Präparate in zirka 250 Fällen, Schwächezuständen aller Art, angewandt und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Es handelt sich um ein aus Fischfleisch gewonnenes Albumosenpräparat, dessen hervorragende Eigenschaften in vollkommener Wasserlöslichkeit, in auffallend hohen Resorptionswerten und in reizloser Annahme durch Magen und Darm bestehen. Selbst bei hoher Dosierung hat Verf. nie andere Beschwerden auftreten sehen, als zweimal leichten Durchfall unter zirka 250 Fällen. Bei sämtlichen Formen von Erkrankungen des Magens und Darms wurden Riba und Ribamalz ohne Beschwerden genommen und vertragen. Der anfänglich störende, unangenehme Geruch ist in letzter Zeit bei Riba und auch bei Ribamalz fast ganz verschwunden, so daß bei geeigneter und abwechslungsreicher Zubereitung nur ganz selten Widerwillen gegen das Präparat auftritt. Die Art der Darreichung unterliegt dem individuellen Geschmacke. Während die einen Wasser, Milch, Kaffee oder Tee als günstigsten Träger ausprobiert haben, ziehen andere Hafer-, Reis-, Gersten- und andere Suppen vor. Auch in Gemüse und Pudding läßt sich das Mittel

günstig unterbringen. Durchweg hat Verf. die Erfahrung gemacht, daß es sowohl für den Geschmack als auch für die Resorptionsfähigkeit wichtig ist, das Mittel vor dem Genuß vollständig in Lösung zu bringen. Empfindlichen Patienten rät Verf. durchweg, die Zubereitung nicht selbst zu besorgen, sondern sie in der Küche etwa eine Stunde vor dem Genuß vornehmen zu lassen. In den meisten Fällen ließ Verf. bei Erwachsenen dreimal täglich einen Eßlöffel, bei Kindern dreimal täglich einen Teelöffel nehmen; in geeigneten Fällen hat er diese Mengen je nach Bedürfnis über- oder unterschritten. Wenige Male war er gezwungen, das Präparat entweder per rectum einzuschmuggeln oder aber in 10—15 kleinen Dosen im Laufe des Tages zu verabreichen. Erwähnen möchte Verf. noch eine von den Ribawerken neu eingeführte Form, die Ribaschokolade, von besonders gutem, kräftigem Geschmack und voller Ribawirkung.

(Therapie der Gegenwart, November 1911.)

VI. Monats-Chronik.

Berlin. Die Berliner Schuldeputation hat dem geschäftsführenden Komitee des Internationalen Laryngologenkongresses gestattet, eine Nasenuntersuchung sämtlicher Gemeindeschüler- und schülerinnen zwecks Studium der Frühstadien der Ozäna vorzunehmen. Voraussetzung ist die Einwilligung der Eltern und das Unterbleiben von Störungen des Schulbetriebs.

— Am 18. Januar fand im Ministerium des Innern eine Konferenz über die einheitliche Ausbildung des Pflegepersonals in der Säuglingspflege für Anstalten und Familien statt, an der zahlreiche Kinderärzte aus Deutschland und Verwaltungsbeamte teilnahmen. Die Einladungen waren von dem Kuratorium des Kaiserin Auguste-Viktoriahauses ausgegangen, und der Direktor des Hauses Prof. Langstein erstattete das einleitende Referat. Er empfiehlt die gründliche Ausbildung von Säuglingskrankenpflegerinnen und von Säuglingspflegerinnen (für Familien), mit einer Ausbildungsdauer von zwei, bzw. einem Jahr, an die sich eine Prüfung und Diplomierung schließen soll. Daneben will er noch mit kürzerer Dauer und ohne Abschlußexamen Säuglings- und Kinderärztinnen ausbilden. Die lebhafte Diskussion ließ den allseitigen Wunsch nach gut ausgebildeten Säuglingskrankenpflegerinnen mit Diplom erkennen, es zeigten sich aber erhebliche Schwierigkeiten durch die Verschiedenheit der Krankenpflegeverhältnisse in den einzelnen Bundesstaaten; auch über die Anforderungen an die Ausbildung von Krankenpflegerinnen und Kindermädchen für die Familie gingen die Meinungen auseinander. Zur weiteren Klärung der Frage wurde eine Kommission eingesetzt. (Deutsche med. Wochenschrift.)

Hamburg. Am 1. Januar feierte Dr. Kellner das Jubiläum seiner 25jährigen Wirksamkeit als Oberarzt der Alsterdorfer Anstalten für jugendliche Schwachsinnige, Idioten und Epileptische. Aus diesem Anlaß wurde ihm eine wissenschaftliche Festschrift gewidmet.

Dresden. Die Sächsischen Ärztekammern haben beschlossen: an die Regierung und Ständekammern eine Petition zu richten, wonach bei den Beratungen über den Entwurf des neuen Volksschulgesetzes darauf Bedacht genommen werden soll, daß die schulärztliche Überwachung auf alle schulpflichtigen Kinder in Stadt und Land ausgedehnt und in den vom Schulgesetze vorgesehenen Schulverwaltungsorganen wenigstens je einem Schularzte Sitz und Stimme verliehen werde.

Dorpat. Für den Bau einer Kinderklinik sind 40000 Rubel bewilligt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVII. Jahrgang. 1. März 1912. Nr. 3.

I. Originalbeiträge.

(Aus dem Heinrich-Kinder-Hospital und dem Pathologischen Institut der Universität in Kiel).

Ein Fall von retroperitonealem Sarkom bei einem 1¼ jährigen Kinde.[1]

Von **Fritz Kindt.**

Retroperitoneale Tumoren kommen im frühesten Kindesalter nicht selten zur Beobachtung; mit ganz auffallender Häufigkeit haben sie die Nieren zum Ausgangspunkt. Weniger zahlreich sind dagegen die Fälle, in denen die Geschwülste von den retroperitonealen Lymphdrüsen oder vom subserösen und retroserösen Zellgewebslager ausgehen, oder gar die, bei denen ein Ausgangsort überhaupt nicht nachweisbar ist.

Ein solcher Fall kam hier kürzlich klinisch und pathologisch-anatomisch zur Beobachtung. Der klinische Befund, das Ergebnis der Obduktion, die Größe und Malignität des Tumors mögen die Veröffentlichung des Falles rechtfertigen.

Aus der Anamnese sei bemerkt:

Anna H., 1¼ Jahr alt, stammt von ganz gesunden, noch lebenden Eltern; 9 ältere Geschwister sind ebenfalls völlig gesund. Patientin ist Brustkind; hat außer Keuchhusten keine Kinderkrankheiten durchgemacht. Etwa 8 Tage vor der Aufnahme in das Hospital bemerkte die Mutter in der Gegend des Nabels eine kleine Auftreibung; der Leib wurde allmählich stärker. Da das Kind aber keinerlei Beschwerden hatte, auch sonst keine Krankheitserscheinungen bot, legte die Mutter dieser Beobachtung kein Gewicht bei. Das Kind hatte Last mit dem Stuhlgang, doch bestand keine ausgesprochene Verstopfung, auch kein Erbrechen.

Erst am Tage vor der Einlieferung in das Hospital wurde ärztliche Hilfe in Anspruch genommen; der Arzt schickte das Kind in die Klinik.

Bei der Aufnahme wurde hier folgender Status praesens notiert: 20. IX. 1910. Das Kind ist mittelmäßig ernährt, blaß; die Haut ist schlaff, im übrigen frei von Ekzemen, Narben, Ödemen.

Die Zunge ist nicht belegt; die Atmung nur wenig beschleunigt. Die Lungen sind frei von pathologischen Veränderungen. Der Puls ist klein, seine Frequenz 120. Die Körpertemperatur beträgt 37,2°.

Der Herzspitzenstoß ist im vierten Interkostalraum fühlbar.

Das Abdomen ist halbkugelförmig aufgetrieben, der Nabel wenig vorstehend. Die Venen der Bauchhaut sind gleichmäßig stark ektatisch. Bei der Perkussion

[1]) Inaugural-Dissertation 1911.

ist nur in der Umgebung des Nabels deutliche Tympanie nachweisbar, sonst allenthalben Dämpfung. Die Palpation ergibt ausgesprochene Fluktuation. In der linken Bauchhälfte ist ein strangartiges Tumorgebilde gegen die Milz hin zu fühlen.

Die Maße des Leibesumfanges betragen:

über dem Nabel 55 cm,
größter Umfang 58 cm.

Ein Einlauf von Glyzerin und Sesamöl hat sehr wenig Erfolg.

Am Abend wird noch eine Bauchpunktion gemacht, der Einstich etwas unterhalb des Mac-Burneyschen Punktes. Hierbei werden 700 ccm einer sanginolenten Flüssigkeit entleert, deren spez. Gewicht 1020 beträgt. In gleicher Weise gemessen wie vorher, betragen die Maße nach der Punktion 51 bzw. 52 cm.

Deutlicher wie vorher fühlt man nach der Punktion in der linken Bauchhälfte eine strangartige, weiche Tumormasse. Im Sediment des Punktates, das stark hämorrhagisch ist, werden große Zellen gefunden, die oft in Haufen beisammen liegen, einen großen blasigen Kern und lipoide Einschlüsse zeigen.

Am nächsten Tage, 21. IX., erbricht Patientin mehrfach, ihr Allgemeinbefinden ist aber sonst unverändert; als Nahrung nimmt sie Muttermilch, Schleim, Tee. Am 22. ist der Zustand der gleiche. Im Harnsediment werden Albumen, Leukozyten und Erythrozyten gefunden.

Patientin nimmt weiterhin immer ihre Nahrung, erbricht aber ständig; ihr Stuhl ist in Ordnung. Plötzlich am 27. nehmen bestehende Blässe und Schwäche bedeutend zu. Am Abend des 28. tritt eine leichte Temperatursteigerung (37,8°) auf; Lungen und Rachen zeigen keine pathologischen Veränderungen.

Am 29. erreicht die Temperatur abends 38,5°; der Puls ist gut, die Lungen sind frei; die Schwäche nimmt aber merklich zu.

Die Temperatur, am 30. morgens 38,2°, steigt am Abend auf 39°. Am Spätabend erfolgt der Tod unter den Erscheinungen des Lungenödems.

Das Gewicht des Kindes ist in der Zeit vom 22. IX bis 28. IX. erheblich gefallen: von 7610—7020 g.

Die klinische Diagnose lautete: Von der Niere ausgehender Tumor; metastatische hämorrhagische Peritonitis.

Der wesentliche Obduktionsbefund ist der folgende:

Retroperitoneales Sarkom; Cystitis mit Hämorrhagien im Blasenhals; Pyelitis der erweiterten Nierenbecken; trübe hämorrhagische Flüssigkeit (etwa 150 ccm) im Abdomen; trübe gelbliche Flüssigkeit im rechten Brustraum; mäßige Kompression der rechten Lunge; Kompression des Ösophagus durch Ausbreitung der Geschwulst im hinteren Mediastinum.

Kopf und Halsorgane wurden nicht seziert.

Der Bauch ist besonders in der linken Hälfte stark aufgetrieben, die Decken sind gespannt; links sind einige Venen geschlängelt und vielleicht etwas erweitert sichtbar. Die ganze linke Hälfte der Bauchhöhle nimmt eine große knollige Geschwulst ein, die nach unten hin der linken Beckenschaufel aufliegt, nach oben hin hinter dem Magen bis an das Zwerchfell reicht; nach lateral läßt sie das absteigende Kolon ganz außen und hinter sich liegen; in medialer Richtung reicht der Tumor weit über die Mittellinie hinaus.

Die Geschwulst ist, soweit sie in situ sichtbar, überall von Peritoneum überzogen (also retroperitoneal), das die einzelnen Knollen, die teils teigig weich, teils etwas fester, teils auch zystisch beschaffen sind, überall spiegelnd und glänzend deckt, und nur an einem der größten und am weitesten ventralwärts prominierenden Geschwulstknoten durch Blutungen abgehoben, in seinem Gefüge sehr stark gedehnt und auch stellenweise auseinanderweichend ist. Hier ist das fettarme, teils leicht schiefrig gefärbte, teils intensiv blutig rote Netz adhärent. Im Abdomen befindet sich eine etwas bräunlich trübrote Flüssigkeit, in der sich nach einigem Stehen ein dunkelroter (kruorfarbener) Bodensatz niederschlägt, während die darüber befindliche Flüssigkeit einen intensiv gelblichen Farbenton zeigt, auch undurchsichtig trübe ist.

Das viszerale und parietale Peritoneum ist sonst spiegelnd und glatt, weißglänzend und nur an der rechten unteren vorderen Bauchwand leicht schiefrig gesprenkelt (Punktion).

Die Geschwulst hat die Leber derartig stark nach rechts verlagert, daß der seitliche Rand des linken Leberlappens in der Mittellinie liegt. Das Ligamentum

suspensorium ist dadurch aus seiner Lage in der medianen Sagittalebene völlig verschoben und liegt parallel dem Zwerchfell der Oberfläche des linken Leberlappens an.

Die Milz ist ganz nach hinten und seitlich oben unter das Zwerchfell verschoben.

Die Geschwulst schickt einen kugeligen Ausläufer in das Dünndarmgekröse hinein, tritt retroperitoneal bis nahe an das Colon ascendens heran und drängt von der Wirbelsäule nach unten ziehend das Rektum vom Kreuzbein ab.

Sie durchbricht ferner die Zwerchfellschenkel und schiebt sich zwischen Wirbelsäule und Ösophagus, den sie auch linksseitig umfaßt, nach oben vor.

Das Pankreas hat ziemlich seine Lage beibehalten, nur wird es durch die hinter ihm gelegene Geschwulst stark nach vorne gedrängt, besonders im Schwanzteil stark abgeplattet, seine Vorderfläche sehr stark konvex vorgewölbt.

Der Versuch, den Ausgangspunkt der Geschwulst festzustellen, erfolgt an den im Zusammenhang herausgenommenen Brust- und Bauchorganen von der Rückseite her. Dabei erwiesen sich die Nieren und ihre Kapsel als ohne jeden Zusammenhang mit der Geschwulst, ebenso die rechte Nebenniere. Die linke Nebenniere ist allseitig von Tumormassen eingeschlossen, doch ist das Organ in seiner Form vollständig erhalten und seine Oberfläche — wie eine große Anzahl paralleler durch das Gebiet gelegter Schnitte erweisen — überall scharf gegen die Geschwulst abgrenzbar.

Diese umgibt in ähnlichen Knoten von weicher und härterer Beschaffenheit auch die Aorta abdominalis, ebenso sind die Vasa spermatica und die Ureteren beiderseits in Geschwulstgewebe eingebettet. Ein Durchbruch in diese Hohlorgane ist nirgends erfolgt.

Die Lendenwirbelsäule ist beträchtlich verbreitert, die vordere Fläche ihrer Wirbelkörper ganz abgeplattet.

Eine sorgfältige Durchsicht der einzelnen Organe zeigt diese als völlig frei von Metastasen.

Die Nierenbecken sind von vorne nach hinten abgeplattet, dabei aber deutlich erweitert: Hydronephrose beiderseits.

Die freigelegten Ureteren zeigen keine Besonderheiten.

Als Nebenbefund zeigen sich zahlreiche Nebenmilzen.

Die Freilegung der einzelnen Äste der Bauchaorta führt zu keinem besonderen Ergebnis.

Durch die noch im Zusammenhang befindlichen Bauchorgane und Tumormassen werden einige Querschnitte gelegt. Einer in mittlerer Höhe des Nierenbeckens; ein anderer in Höhe des unteren Nierenpoles — beides mit Bezug auf die rechte Niere. Auf den Querschnitten wechseln derbe Partien mit nekrotischen, hämorrhagischen, hier und da auch mattgelben Inseln ab, während andererseits im oberen Teile des Tumors eine mit dunklem Blutgerinnsel, zertrümmerten Gewebsmassen erfüllte Höhle sich findet, die übrigens keine eigene Wand besitzt, sondern von zottig angenagten Geschwulstmassen begrenzt wird — ein hämorrhagischer Zerfallsherd.

Zum Zweck der mikroskopischen Untersuchung wurden Teile aus verschiedenen Gegenden der Geschwulst herausgeschnitten. Die mikroskopische Struktur der Teile zeigt überall den Charakter des kleinzelligen Rundzellensarkoms. Die einzelnen Zellen sind klein, rundlich; in ihrer Form und Lage zueinander zeigen sie keine Besonderheiten; polygonal oder abgeplattet sind sie nirgends. Ein schmaler Protoplasmasaum umgibt den chromatinarmen Kern, der Besonderheiten in seiner Form und Struktur nicht erkennen läßt.

Riesenzellen fanden sich in keinem der Schnitte. Interzellularsubstanz ist im ganzen spärlich entwickelt, mit van Gieson-Färbung sind ganz vereinzelte Fasern nachweisbar. In einem Teil der Schnitte zeigt sich andeutungsweise ein alveolärer Bau der Geschwulst.

Gefäße sind reichlich entwickelt, teils einfache Endothelschläuche, teils ihre Wandung von Tumorzellen selbst gebildet.

Degenerative Veränderungen finden sich zahlreich in den Schnitten: Nekrosen, Hämorrhagien, Zerfallsherde.

Ein Schnitt durch den Tumor und das angrenzende Pankreas läßt dieses als völlig unbeteiligt an der Neubildung erkennen.

Die typische Übereinstimmung aller Teile rechtfertigt durchaus die Diagnose kleinzelliges Rundzellensarkom.

Um kurz noch einmal den klinischen Befund zusammenzufassen, so handelte es sich um eine retroperitoneale Geschwulst; im Punktat fanden sich große Zellen mit lipoiden Einschlüssen, großem blasigen Kern, oft in Haufen beisammen; im Urin waren Eiweiß, Leukozyten, Erythrozyten; die Temperatur, anfangs normal, steigt zwei Tage ante exitum um einige Zehntelgrade und erreicht kurz ante mortem den Höhepunkt mit 39,0; der Exitus trat unter den Erscheinungen des Lungenödems ein. Die klinische Diagnose lautete: ein von der Niere ausgehender Tumor.

Die richtige Deutung der Abdominaltumoren stößt mitunter auf recht große Schwierigkeiten. Die klinische Diagnose stützte sich im vorliegenden Fall einmal auf die ganz offenbar retroperitoneale Lage der Geschwulst, der jede Beweglichkeit fehlte. Hier einen Tumor der Niere ganz sicher auszuschließen, ist kaum möglich, eine einwandfreie Diagnose läßt sich, wie auch Steffen[1]) betont, erst durch die Laparotomie ermöglichen. Hämaturie ist keineswegs ein sicheres Zeichen für Nierengeschwülste, sie kann ebensogut aus der gesunden Niere stammen und hier, wie auch jedenfalls in unserem Fall, auf Überfüllung der Gefäße, auf Stauung beruhen. Die übrige Beschaffenheit des Urins gibt meist auch keine sicheren Anhaltspunkte; Eiweiß, Zylinder finden sich bisweilen, können aber auch anderen Ursprungs sein. Geschwulstmassen im Urin sind, wie Steffen auf Grund zahlreicher Fälle von Nierengeschwülsten hervorhebt, sehr selten.

In Frage stehen weiter Geschwülste der Nebennieren oder versprengter Keime derselben. Bisweilen hat man bei Tumoren dieser Art den Adissonschen Symptomenkomplex beobachtet (Steffen), bekannt ist auch ihre Neigung zu Hämorrhagien und Metastasenbildung, aber alles dies kann auch fehlen und so die Diagnose erschweren.

Tumoren in den Gedärmen, mesenteriale Drüsengeschwülste wären, wenn Verlötungen bestehen, die man auch nie ausschließen kann, in Erwägung zu ziehen. Sind keine Verlötungen vorhanden, pflegen die ersteren immer noch etwas beweglicher zu sein wie die letztgenannten, aber Irrtümer sind auch hier möglich.

Einen etwas zuverlässigeren Aufschluß pflegt gewöhnlich die Punktion zu geben, und auf das Ergebnis dieser stützte sich zum anderen die klinische Diagnose. Es bestand die Annahme scheinbar nicht zu Unrecht, es könne sich bei den großen Zellen mit lipoiden Einschlüssen und großem blasigen Kern, bei ihrer Lage „in Haufen“ um Zellen der Nebennierenrinde handeln. Wohl finden sich in den Zellen der Zona fascicularis der Nebenniere regelmäßig reichlich Tropfen von Fett oder fettähnlicher Substanz — Schmaus fügt auch noch besonders hinzu „beim Erwachsenen“ — aber rückschließend dürfen wir wohl annehmen, daß es sich nur um mit Fettröpfchen beladene Leukozyten gehandelt hat. Diese Deutung erscheint um so ungezwungener, als ja einer der gänzlich zerfallenen Geschwulstknoten nach der freien Bauchhöhle durchgebrochen war. Der hochgradige

[1]) Steffen, Über maligne Geschwülste im Kindesalter, 1906.

Aszites ist wohl als Stauungstranssudat zu deuten, eine Peritonitis — Perforationsperitonitis — hat nicht bestanden, denn das Peritoneum erwies sich bei der Sektion als spiegelnd und glatt.

Daß der Befund von Eiweiß, Leukozyten und Erythrozyten keine sicheren Anhaltspunkte für die Diagnose gibt, wurde bereits oben erwähnt; ätiologisches Moment wird auch wohl hier die Stauung sein.

Das Fieber soll bei malignen Tumoren häufig intermittierenden Charakter haben (Steffen), in unserem Fall läßt sich bei der Kürze der Beobachtungsdauer nichts Bestimmtes sagen. In unserem Fall ist die Temperatursteigerung vielleicht eine Folge des hochgradigen Kräfteverfalls und einer Resorption von Giftstoffen.

Pathologisch-anatomisch ist die Geschwulst als ein durchaus malignes Sarkom zu betrachten. Die Kleinzelligkeit, als Folge rapidesten Wachstums, die hochgradigen regressiven Veränderungen, ebenfalls ein Ausdruck überstürzten Wachstums, deuten auf den malignen Charakter des Tumors hin. Ein weiteres Zeichen hierfür ist die überaus spärliche Bildung von Zwischensubstanz; denn wo diese reichlicher entwickelt, pflegt die Bösartigkeit des Tumors eine geringere zu sein, da sie ja „die Überleitung zu einem definitiven Zustand" bedeutet (Ribbert).

Über die Genese der Geschwulst läßt sich wie in den meisten Fällen dieser Art wenig sagen, am meisten Wahrscheinlichkeit hat noch die Annahme für sich, daß solche Tumoren aus einem Stützsubstanzkeim entstehen, der schon in der Embryonalzeit isoliert ist; eine Ansicht, die Borst und Ribbert miteinander teilen. Aus welchem Grunde weiter dieser Keim in exzessive Wucherung gerät, ist eine bisher nicht gelöste Frage.

Nach Klarlegung des Falles bleibt zu erwägen, ob wir in ähnlicher Lage nicht imstande sind, therapeutisch etwas auszurichten. Ist die Prognose von vornherein ungünstig zu stellen, so sollte man doch nicht mit der Operation zögern; Tumoren im Peritoneum sind schon zahlreich operiert, bis jetzt leider immer ohne Erfolg. Die an und für sich geringe Widerstandsfähigkeit des kindlichen Körpers, die malignen Prozessen gegenüber besonders in den Vordergrund tritt, die meist zu große Ausbreitung der Geschwulst, Metastasen, Komplikationen, Rezidive müssen ein operatives Gelingen erschweren, wenn nicht gar unmöglich machen. Eine heilende oder auch nur hemmende Beeinflussung des sarkomatösen Wachstumsvorganges hat man eben bei echten Sarkomen noch niemals erzielt. Man kann heute nur bestrebt sein, die qualvollen Leiden zu lindern.

So oft maligne Geschwülste mannigfachster Genese im Kindesalter vorkommen, so selten sind retroperitoneale Tumoren, deren Genese völlig unklar. Nach Beobachtungen von Birch-Hirschfeld und Eberth handelt es sich bei den retroperitonealen Geschwülsten im Kindesalter vielfach um solche, die aus verschiedenen Elementen, bindegewebigen und epithelialen, zusammengesetzt sind, Sarkomatose und drüsige Geschwulstbestandteile offenbar gleichen Entwicklungsalters hat man mehrfach nebeneinander gefunden und die Genese

dieser Tumoren zurückgeführt auf weiter entwickelte Reste des Wolffschen Körpers. In anderen Fällen ist es aber trotz sorgfältigster makro- und mikroskopischer Untersuchung nicht gelungen, die genetischen Verhältnisse mit Sicherheit klarzulegen, meist handelt es sich hier um reine Sarkome. Über einen dem unsrigen gleichen Fall berichtet Verocay[1]). Es handelte sich um einen 9jährigen Knaben mit retroperitonealem Sarkom, auch hier blieben die Untersuchungen betreffs der Genese ergebnislos.

Immerhin mag das Alter des Kindes, das offenbar ganz rapide Wachstum und die Größe der Geschwulst, die wie erwähnt mit keinem Organ der Nachbarschaft in Verbindung stand, diese Mitteilung rechtfertigen.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Allaria, Die chemische Reaktion des Säuglingsspeichels. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 180.) Die Bedeutung dieser Reaktion liegt darin, daß durch sie der Typus der Bakterienflora bestimmt und die diastatische Tätigkeit der Speichelfermente geregelt wird. Die bisherigen Untersuchungen haben nicht gleiche Resultate ergeben. Im allgemeinen gehen diese darauf hinaus, daß beim Neugeborenen, der noch nicht Nahrung erhalten hat, der Mundinhalt neutral oder zuweil auch schwach sauer ist, während beim Säugling die Reaktion häufig sauer wird. Diese Azidität wurde meist auf äußere, mit der Ernährung zusammenhängende Ursachen, auf Zersetzungsprodukte der Milch zurückgeführt.

Die wechselnden Resultate dürften mit der bisherigen Methodik zusammenhängen. Bei dieser wurden entweder Indikatoren (Phenolphthalein, Lackmus, Methylorangen oder Titriermethoden verwendet.

A. hat neben diesen Methoden auch die Bestimmung der aktiven chemischen Reaktion vorgenommen. Seine Wasserstoffionenkonzentration wurde durch Berechnung der elektromotorischen Kraft eines Kettenelementes, dessen einziges unbekanntes Glied die eben zu untersuchende Speichelprobe ist, festgestellt.

Die Untersuchungen haben folgendes Ergebnis:

1. Der Mundinhalt des Neugeborenen ist neutral (Lackmus) mit häufiger Neigung zu einem ganz geringen Säuregrad.

2. Der Mundinhalt des Säuglings zeigt bei Prüfung mit Lackmus verschiedene chemische Reaktion. Meist rötet er blaues Lackmuspapier. Die Reaktion ist selten neutral oder alkalisch. Diese Reaktion des Mundinhaltes ist nicht sicher abhängig von der Art des angewendeten sekretorischen Reizes, der Ernährung und den Krankheitszuständen des Säuglings.

[1]) Zeitschrift für Heilkunde 1906.

3. Der frisch entnommene Speichel hat eine verschiedene bald saure bald alkalische tatsächliche, aktive Reaktion, so daß man den Speichel des Säuglings als nahezu neutrale Flüssigkeit auffassen muß.

4. Der Säuglingsspeichel ist sofort nach seiner Absonderung weniger häufig und weniger intensiv sauer als nach einem gewissen Verbleiben im Munde. Schick.

Scherer, Das Bromoderma im Säuglingsalter. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 195.) Das Kind bekam wegen Otitis media, Magendarmsymptomen und Eklampsie am 27. Mai 1910 zum erstenmal

Natr. brom. 1,0
Codein 0,05
Aq. dest. 100,0

davon 3 Kinderlöffel täglich. Da sich das Kind nicht beruhigte, bekam es anfangs August Natr. bromat, Chloralhydrat āā 1,00 g ad 100,00, 1—2 Kinderlöffel täglich. Außerdem erhielt das Kind ab und zu Codein. Von August 1910 bis 18. Januar 1911 wurde diese Medizin systematisch verordnet. Das Kind dürfte im ganzen 45 g Natr. und 25 g Chloralhydrat in nicht ganz 9 Monaten erhalten haben. Ende Dezember kam es zum Entstehen eines Bromexanthems, das im Januar folgendes Bild zeigte:

Die Haut der beiden unteren Extremitäten, ferner die Haut der Wange, die behaarten Teile des Scheitels, der Stamm und die Lenden zeigen auffallend aussehende krankhafte Gebilde, die in ihrer mächtigsten Entwicklung abgeplatteten Neubildungen ähnlich sind und speziell an den unteren Extremitäten als mächtige, schlangenartige, dicht aneinander gedrängte Gürtel fast die ganze Peripherie der beiden Unterschenkel ziemlich symmetrisch einnehmen. Jeder dieser Gürtel ist 2 bis 3 cm breit und erreicht die Höhe von $^1/_2$ bis 1 cm. Die Ränder dieser Gebilde sind meistenteils scharf, steil abfallend; nur hier und da sitzt knapp am Rande des Gürtels eine kleinere Effloreszenz (bis zur Größe einer Linse), die dann den Rand des Gürtels ungerade erscheinen läßt. Die Haut um dieselben vollkommen intakt. Die beschriebenen Gebilde der Wangenhaut, des Scheitels und des Stammes sind meistens ellipsenartig, ihre Oberfläche wird teils durch die rosaweiße, auffallend wachsartig glänzende Epidermis, teils durch braune, bis braunschwarze Schorfe gebildet. In der wachsartig glänzenden, rosa gefärbten Epidermis sieht man ganz deutlich dicht aneinander gedrängte, kleine, zahlreiche gelbliche Punkte, die ganz kleinen Abszessen entsprechen, in den von dem Schorfe bedeckten Gebilden findens ich zahlreiche, kleine, unregelmäßige Höhlen, die entweder leer oder von schwärzlichen Massen erfüllt sind. Beseitigt man mit Vorsicht den ziemlich fest anliegenden Schorf, so kommt eine rosarot verfärbte, leicht blutende, feucht papillomatöse Fläche zum Vorschein.

Behandlung bestand in Ammenmilchernährung und außerdem Verabreichung von Natrium subsulfurosum in 3 %iger Lösung intern anfangs 6 Kaffeelöffel pro die, nach 2 Tagen 8, nächsten Tag 10, den folgenden 12 und hierauf 15 Kaffeelöffel täglich. Später wurde die Dosis langsam gesteigert. Im ganzen dauerte die Therapie 5 Wochen. Lokal wurden die Krusten nur mit reinem Olivenöl getrocknet. Am 31. März war der letzte Schorf abgestoßen. Interessant ist, daß $3^1/_2$ Monate nach Aussetzen des Broms im Harn noch immer Brom nachweisbar war. Schick.

Berend und **Tezner,** Die Wasserverteilung im Säuglingsorganismus bei akuten Gewichtsschwankungen. (Monatsschr.

f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 212.) Die Resultate wurden durch Bestimmung der Refraktion, der Leitfähigkeit, der Viskosität und des relativen Blutkörperchenvolumens gewonnen. Die Refraktion des Blutplasmas ist als Funktion des Eiweißgehaltes aufzufassen. Gleichsinnige Änderungen der Refraktion, der korrigierten Leitfähigkeit, der Viskosität und des Blutkörpervolums deuten auf entsprechende Schwankungen im Wassergehalt des Blutes.

Zeigt die Refraktion eine allen übrigen entgegengesetzte Änderung, so ist zu schließen auf Bluteindickung mit Eiweißschwund bzw. auf Blutverdünnung mit Eiweißanreicherung. Nimmt die Leitfähigkeit an der Änderung der übrigen Werte nicht teil und zeigt sie vielleicht sogar eine Bewegung in der entgegengesetzten Richtung, so besteht Salzanhäufung im verwässerten Blut, bzw. Salzverlust im eingedickten Blut.

Das Nebeneinanderstellen der Werte ermöglicht daher viel bessere Verwertung der Untersuchungsresultate als bei Anwendung einer nützlichen Methode, so z. B. der Bestimmung der Refraktion allein. Die Verf. kommen zu folgenden Schlußsätzen:

1. Orale Zufuhr von Salzlösungen verursacht eine Anhäufung von Wasser und Salz im Blute. Das Salz wird einfach aus der Nahrung retiniert, das Wasser dagegen strömt aus den Geweben in die Blutbahn. Meistens kommt hierzu noch aus dem Eingeführten retiniertes Wasser. Diese Veränderung dauert ca. 24 Stunden. Der Grad derselben hängt von der Funktionstüchtigkeit der Nieren, spez. von der Salzausscheidungsfähigkeit ab.

2. Gewichtsverluste bei hochfiebernden Säuglingen sind stets von der Eindickung des Blutes und der Gewebssäfte begleitet. Es ist dies die Folge der erhöhten Wasserabgabe durch Haut und Lungen, und der gleichzeitigen Abnahme der Wasserausscheidung durch die Nieren. Auf jenem Wege können nämlich nur ganz geringe Mengen gelöster Bestandteile mit dem Wasser ausgeschieden werden.

3. Salzlösungen bei Exsikkationszuständen, therapeutisch verabreicht, verdünnen das Blut, rufen aber eine weitere Wasserentziehung aus den Geweben hervor, wenigstens in den ohne Ödem verlaufenden Fällen.

4. Ein klar ausgesprochener Einfluß von Nahrungsänderungen auf die Blutzusammensetzung läßt sich nicht konstatieren. **Schick.**

S. Cobliner, Beiträge zum Kochsalzfieber. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 429.) Im ersten Abschnitt erörtert C. die Frage, ob bei irgend einer Kochsalzkonzentration die bei der Injektion isotonischer NaCl-Lösung auftretenden Erscheinungen ausbleiben. C. injizierte 100—150 ccm Flüssigkeit. Angewendet wurde 6, 5, 4 bis herab zu 1 $^0/_{00}$ Lösung von Chlornatrium. Es zeigte sich, daß Säuglinge auch bei hypotonischen Lösungen mit mehr oder minder regelmäßigen Temperatursteigerungen reagierten (Max. 39,0). Auffallend war starke Unruhe der Kinder, sie schrien viel, andere erbrachen öfter, wieder andere hatten Durchfälle. Die hypotonische Kochsalzlösung hat also gewöhnlich eine ähnliche Giftwirkung auf den Säuglingsorganismus wie die isotonische.

Im zweiten Abschnitt berichtet C. über die Frage der Altersgrenze, bei welcher auf subkutane Kochsalzinfektionen Reaktionen auftreten. Nach seinen Erfahrungen, die mit denen Nothmanns übereinstimmen, unterscheiden sich die Erscheinungen bei älteren Kindern bei Injektion von Kochsalzlösung in nichts von denen im Säuglingsalter. Das Auftreten des Salzfiebers dürfte auf direkte Einwirkung auf das Nervensystem zustande kommen.

Im dritten Abschnitt betont C. auf Grund seiner Untersuchungen, daß die einmalige Kochsalzinjektion keinen Einfluß auf N-Stoffwechsel hat (Untersuchungen an zwei Knaben im Alter von 10 und 11 Jahren und einem Fräulein von 21 Jahren). Schloß hat bei Säuglingen ebenfalls negative Resultate erhalten. Schick.

Salge, Einige Bemerkungen zur Methodik der Erforschung des Salzstoffwechsels des Säuglings. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 437.) S. hält die von Meyer und Cohn veröffentlichten Versuche wohl für einen Beweis für den verschiedenartigen Einfluß, den verschiedenartige Salze auf den Wasserhaushalt des Säuglingsorganismus haben. Für diese Zwecke hätte das Tierexperiment genügt.

S. hält die Versuchsanordnung für unzweckmäßig, wenn man auf diesem Wege entscheiden will, welche Bedeutung den Salzen und den einzelnen Ionen im Stoffwechsel des Säuglings zukommt. Der Säugling ist in seinem Stoffwechselgleichgewicht viel labiler als der Erwachsene. Man dürfe bei Versuchen nicht die Bedingungen in einer Art willkürlich ändern, wie sie physiologisch nie vorkommen. Die Beantwortung der Fragestellung wäre möglich durch eine Methode, die gestattet, die Konzentration wichtiger Kationen wie Na, Ka, Ca usw. im Blut zu bestimmen. Solche Methoden gibt es noch nicht. Schick.

Hermann Pelka, Eiweißmilchanalysen. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 442.) Eiweißmilcharten verschiedener Herkunft von verschiedenen Tagen wurden untersucht, und zwar:

1. Eiweißmilch, hergestellt mittels Labung.
2. Eiweißmilch, hergestellt durch Säurefällung.
3. Eiweißmilch in konzentrierter Form.
4. Eiweißmilchpräparat, in Holland nach einem nicht näher bekannten Verfahren dargestellt. Dabei ergab sich, daß dieselbe Herstellung zu gleichem Gehalt an organischen und anorganischen Bestandteilen führt. Von Frauenmilch unterscheidet sie sich besonders durch ihren hohen Eiweiß- und ihren niedrigen Zuckergehalt, von Kuhmilch durch ihren niedrigen Zucker- und Aschegehalt. Schick.

Paul Grosser, Erfahrungen mit Eiweißmilch. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 448.) Verwendet wurde das Vilbeler Originalpräparat bei 52 Kindern. Die beobachteten Fälle lassen sich in 3 Gruppen einteilen.

I. Kinder, die wegen Durchfällen eingeliefert wurden, oder nach längerer Ernährung mit anderen Milchmischungen im Spital an Durchfällen erkrankten.

II. Kinder, die im Spital längere Zeit mit künstlicher Nahrung bei guten Stühlen nicht zunahmen. In dieser Gruppe sind auch einige Kinder, die wegen Atrophie eingeliefert wurden, bei denen aber vom behandelnden Arzt oder am ersten Tag des Spitalsaufenthalts kein schlechter Stuhl beobachtet wurde.

III. Kinder, die aus verschiedenen Gründen längere Zeit mit Frauenmilch behandelt werden, bei denen aber eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens und des Gewichtes nicht zu erzielen war.

IV. Brustkinder, die plötzlich abgestillt werden mußten.

Bei der ersten Gruppe wurde nach einer möglichst kurzen Zeit Soxhlet Nährzucker (3—5 %) hinzugegeben. In leichten Fällen wurde die ganze Nahrung mit einem Zusatz versetzt, in schweren Fällen wurde der Zusatz erst zu einer Flasche gegeben und erst allmählich zu den übrigen.

Bei der zweiten Gruppe handelt es sich durchweg um stark untergewichtige Kinder. Sie bekamen ca. 200 ccm pro kg Körpergewicht, aber nie über 1 Liter mit Zusatz von 5 % Nährzucker. Nahmen die Kinder trotzdem nicht zu, so wurde der Zuckerzusatz auf 8—10 % erhöht. Die Resultate waren bei allen Gruppen sehr gut. Mißerfolg war nur in 5 Fällen zu verzeichnen. An Störungen sind hervorzuheben Auftreten von Symptomen exsudativer Diathese. Unangenehmer ist das Auftreten von schwerem Intertrigo. Bei längerer Verabreichung der Nahrung werden die Kinder blaß, anämisch.

Schwierigkeiten bereitet die Bestimmung des Zeitpunktes zum Übergang auf die gewöhnlichen Nahrungsgemische. G. hält die Temperaturkurve für wertvoll. Wenn die Temperaturen gleichmäßig um 37° liegen, dann ist dies ein Ausdruck für die Genesung des Organismus. Sonst empfiehlt sich als Indikator für die Funktionsfähigkeit des Darmes der Milchzucker. Bevor man die Nahrung wechselt, ersetzt man den Nährzucker durch Milchzucker. Bleiben die Stühle gut, dann kann man Milchschleimmischung geben, werden die Stühle schlecht, so geht man wieder auf den Nährzucker zurück. Die schädigende Wirkung des Milchzuckers kommt nach der Meinung G.s erst in Verbindung mit anderen Molkenbestandtteilen zum Vorschein.

Schick.

Rach und **v. Reuss,** Über die Urobilinurie bei Masern. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 460.) 1. Bei Masern kommt es in der Mehrzahl der Fälle zu einer Urobilinurie, die jedoch niemals die Intensität der Scharlachurobilinurie erreicht und meist von kürzerer Dauer ist. Sie fehlt während des Prodromalstadiums, sowie während der ersten Tage des exanthemischen Stadiums. Sie pflegt erst gegen Ende der Exanthemperiode, während oder nach dem Fieberabfall, gewöhnlich erst beim Ablassen des Exanthems aufzutreten und nach wenigen Tagen zu verschwinden.

2. Die Ursache der Urobilinurie bei Masern dürfte einerseits in einer Leberschädigung, wie man sie ja bei den meisten Infektionskrankheiten annehmen darf, andererseits — und zwar hauptsächlich — in der auf Übertritt von Blutfarbstoff in die Haut beruhenden Farb-

stoffvermehrung zu suchen sein. Beide Faktoren kommen bei Scharlach mehr zur Geltung, woraus sich die größere Intensität der Scharlachurobilinurie ungezwungen erklärt.

3. Die gewöhnlichen Komplikationen der Masernerkrankung (Otitis, Bronchitis, Bronchopneumonie) sind ohne Einfluß auf Zustandekommen, Intensität und Dauer der Urobilinurie. Schick.

A. Schlossmann, Über den respiratorischen Stoffwechsel des Säuglings. (Aus der Akademischen Klinik f. Kinderheilk. in Düsseldorf.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 36.) Die Schwankung der Temperatur, die das Kind umgibt, hat innerhalb der praktisch in Betracht kommenden Grenzen keinen Einfluß auf den normalen Säugling.

Dagegen ist es von der größten Bedeutung, den Grundumsatz zu ermitteln, also den Einfluß von Nahrung und Bewegung im Versuche auszuschalten. Dem letzteren Problem, nämlich der Ausschaltung der Bewegung, kann man dadurch näherrücken, daß man die Untersuchung zu einer Zeit und innerhalb einer Zeit vornimmt, in der das Kind zu schlafen pflegt. Aber auch der Ausschluß einer Beeinflussung durch eingeführte Nahrung gelingt überraschend leicht bei vielen Kindern, die sich durch Verabreichung von Wasser oder mit Saccharin gesüßtem, dünnem Tee 18 Stunden und auch länger hinaus über den Hunger hinwegtäuschen lassen. Hat man also das Glück, daß ein so vorbereitetes Kind sich dann im Respirationsapparat ganz ruhig verhält, so bekommt man Werte für den Grundumsatz des Säuglings. Es ergab sich nun weiter, daß der Grundumsatz sich vollständig proportional der Oberfläche hält, also nicht im gleichen Verhältnis mit dem Gewicht, sondern im Verhältnis zu dem der Oberfläche steigt oder fällt, je nachdem man größere oder kleinere, leichtere oder schwerere Säuglinge in den Versuch nimmt, immer vorausgesetzt, daß das Verhalten der Kinder annähernd normal ist. Ja, es ließ sich feststellen, daß der Grundumsatz beim Menschen überhaupt völlig gleich ist, ob es sich nun um ein junges oder ein älteres Individuum handelt, wenn man nur die ermittelten Zahlen auf die Körperoberfläche umrechnet.

Die Säuglinge zeigten pro Quadratmeter Körperoberfläche einen Grundumsatz, bei dem etwa 12 g Kohlensäure produziert und etwa 11 g Sauerstoff in der Stunde verbraucht wurden, und genau entsprechend fand Atwater für einen 22 Jahre alten und 76 kg schweren Mann eine Kohlensäureproduktion von 11,86 g im Grundumsatz, für 1 qm Körperoberfläche und die Stunde berechnet. Ganz entsprechend diesen Tatsachen hatte Sch. bei einem anderen Kinde, das allerdings Nahrung, aber glücklicherweise immer annähernd die gleiche Menge und die gleiche Art, nämlich Frauenmilch, bekommen hatte, schon früher gefunden, daß der respiratorische Stoffwechsel unabhängig vom Alter des Kindes verläuft. Ein Versuchskind war im Alter von 144, 284 und von 388 Tagen untersucht worden. Das Gewicht war dabei von 5790 g auf 8930 g gestiegen, die Oberfläche von 0,384 auf 0,516 qm. Aber auf den Quadratmeter Oberfläche umgerechnet, war Kohlensäureproduktion und O-Verbrauch so gut wie gleich geblieben. Der

Grundumsatz und auch der Umsatz in der Ruhe bei Nahrungsdarreichung ist, wenn die Nahrung nur nach Art und Menge die gleiche bleibt, also abhängig von der Körperoberfläche und auf diese berechnet, bei Säuglingen verschiedenen Alters und selbst bei Erwachsenen der gleiche. Die frühere Annahme, daß der Stoffwechsel jugendlicher Individuen an und für sich reger ist, läßt sich somit nicht aufrecht erhalten. Im übrigen stimmen Tierversuche mit diesen Versuchen am Menschen vortrefflich überein.

Von großer Bedeutung für die Höhe der Stoffzersetzung ist die Arbeit, die das Kind leistet. Diese Arbeit besteht in Bewegung und im Schreien, eine Tatsache, die auch bereits Heubner und Rubner bei ihren Versuchen aufgestoßen ist. Sch. konnte nun zahlenmäßig feststellen, wie groß der Einfluß der Bewegung ist. Es steigen nämlich bei dieser die Werte für Kohlensäureausscheidung und Sauerstoffverbrauch bis auf das Doppelte an. Ein Kind von $5^1/_2$ kg entwickelte bei lebhafter Bewegung 13,27 Kalorien mehr als in der Ruhe, leistet also etwa 1800 Meterkilogramm Arbeit, das ist pro Kilogramm Körpergewicht und Stunde rund 310 Meterkilogramm.

Ein anderes Kind von $2^3/_4$ kg, das eine Stunde lang schrie, leistete auf diese Weise durch sein Schreien 600 Meterkilogramm oder pro Kilogramm Körpergewicht 220 Meterkilogramm Arbeit. Man sieht also, daß selbst das Säuglingsdasein sich nicht so mühelos abspielt, wie man wohl im allgemeinen meint, und es zeigt sich daraus weiter, daß die fast immer zufriedenen und ruhigen Kinder mit einer viel geringeren Nahrungsmenge ihren Körper balancieren können als die zappeligen und viel schreienden.

Von einem bestimmenden Einfluß auf den respiratorischen Stoffwechsel ist die Art und Menge der gereichten Nahrung, ja, wir können direkt, indem wir Kinder einen bestimmten Nährstoff oder ein Gemisch von Nährstoffen geben, das Schicksal dieser zugeführten Stoffe durch die Bestimmung der Endprodukte verfolgen. Je mehr Kohlehydrat wir dabei füttern, desto mehr Kohlensäure erhalten wir, und desto rascher tritt die Kohlensäure in der Exspirationsluft auf. Auch dabei zeigt sich wieder das thermoregulatorische Vermögen des normalen Säuglings, der selbst bei einer weit über den Bedarf hinausgehenden Nahrungszufuhr nicht mit Erhöhung der eigenen Temperatur reagiert. Auf elektrischem Wege vorgenommene Dauermessungen ließen nämlich erkennen, daß beispielsweise ein Kind nach reichlicher Mahlzeit an der Brust keine Steigerung der Hauttemperatur zeigt, obschon die erste Stunde nach der Mahlzeit die Kohlensäureausscheidung jäh in die Höhe ging. Also: Trotz eines erhöhten Umsatzes von latenter Energie in lebendige Kraft keine Erhöhung der Hauttemperatur, die ja doch innerhalb gewisser Grenzen zu erwarten war. Man kann daraus wohl den Schluß ziehen, daß ein beträchtlicher Teil der lebendig gewordenen Kraft nicht Wärme ist, die durch Strahlung abgegeben wurde, sondern Arbeit, und zwar Verdauungsarbeit, die nötig ist, um Fett und auch Eiweiß — letzteres spielt dabei so gut wie gar keine Rolle — zur Umsetzung in kinetischer Energie vorzubereiten.

Grätzer.

Risel (Halle), Ein Beitrag zur Wirksamkeit des Impfschutzes zur Diagnose der Variolois. (Ebenda.) Drei gleichzeitig Anfang April 1911 in Halle zur Beobachtung gekommene Blatternfälle stellen so ausgezeichnete Beispiele für den Einfluß des Impfschutzes auf den Verlauf der Blatternerkrankung dar, daß R. nicht versäumen möchte, sie zu skizzieren.

Die Umstände, unter denen sie auftraten, sind so gleichartig, daß man sie bei Anordnung der Bedingungen für einen Versuch kaum zweckmäßiger hätte gestalten können.

Es handelt sich um jugendliche Sachsengänger — zwei Mädchen von 15 und 17 und einen Burschen von 18 Jahren — aus einer Gegend in Russisch-Polen, in der, wie sie selbst berichteten, während des vergangenen Winters zahlreiche Blatterntodesfälle vorgekommen waren. Von dort kamen sie nach einer dreitägigen Reise im Auswandererzuge an ihrer Arbeitsstelle in bzw. bei Halle an, wurden hier geimpft und erkrankten an Blattern.

Bei dem Burschen fiel die Schutzpockenimpfung sicher mit dem Initialstadium der Blattern zusammen. Bei den beiden Mädchen lag sie vielleicht etwas vor diesem, aber offenbar doch nur so kurze Zeit, daß man einen Einfluß dieser Schutzpockenimpfung auf die enstehenden Blattern kaum annehmen kann. Denn die gleichzeitig nebeneinander zur Entwicklung gekommenen Schutzpocken und Blattern zeigten am achten bzw. neunten Tage den gleichen Grad der Ausbildung. — Was bei den drei Kranken an Impfschutz wirksam war, konnte im wesentlichen nur der von der Schutzpockenimpfung in den ersten Lebensjahren verbliebene Rest sein. Sein Einfluß machte sich bei dem Einzelnen in der Weise geltend,

daß das 15 Jahre alte Mädchen ohne Impfnarben, also ohne Impfschutz, fünf Tage nach dem Ausbruch der Blattern starb,

das 17 Jahre alte Mädchen mit nur einer und nur mäßig ausgebildeten Impfnarbe von mittelschweren Blattern befallen wurde und bald zur Genesung gelangte und

bei dem 18jährigen Burschen mit drei gut ausgebildeten Impfnarben nur sehr leicht verlaufende Blattern erschienen.

Da die Zahl unter den gegenwärtig tätigen Ärzten recht gering ist, die überhaupt jemals Blattern in irgendeiner Form gesehen haben (ist es doch erst kürzlich im Kreise Stendal vorgekommen, daß der Verdacht auf Blattern erst auftauchte, als zwei der fünf oder sechs Erkrankten verstorben waren), dürfte es angebracht sein, wie es Kreisarzt Dr. Wilcke in der Zeitschrift für Medizinalbeamte erst kürzlich getan hat, auf einige Punkte hinzuweisen, die für die Differentialdiagnose zwischen Variolois und Varizellen verwertbar sind.

Zunächst ist hervorzuheben, daß Varizellen jenseits des zehnten Lebensjahres nur selten und nach der Pubertät kaum noch vorkommen. Der Bläschenausschlag bei Variolois unterscheidet sich in manchen Fällen kaum von dem bei Varizellen, da die Dellenbildung, wie es auch bei der oben erwähnten Siebzehnjährigen der Fall war, ganz fehlen kann oder erst während der Eintrocknung in Erscheinung tritt. Die Zahl der aufgeschossenen Bläschen braucht bei sehr leichter

Variolois nicht größer zu sein als bei Varizellen, wie es bei dem erwähnten Achtzehnjährigen der Fall war. Insofern aber unterscheidet sich der Ausschlag von dem der Varizellen, als das einzelne Bläschen meist größer, nicht selten mit unregelmäßigem Rande versehen ist und stets an den einzelnen Körperstellen in verschieden weit gediehener Ausbildung angetroffen wird. Stets ist die Varioloiseruption dadurch ausgezeichnet, daß sie am dichtesten auf den Körperstellen steht, die äußeren Reizen andauernd ausgesetzt sind, mögen diese die Witterungseinflüsse sein, wie an Gesicht, Hals und Handrücken, oder rein mechanische, wie das Reiben der Kleider an Fußrücken, Ellbogen oder vorderer Achselgegend. Indessen machen sich auch zuweilen in dieser Beziehung bei den Varizellen die rein mechanischen Einflüsse bemerklich, während andererseits bei ihnen der Rücken immer durch die größte Ausbreitung ausgezeichnet ist.

Wenn dies altbekannte Dinge sind, so möchte R. für zweifelhafte Fälle noch die Heranziehung der Kornealimpfung nach dem Vorgange von v. Wasielewski empfehlen, nach dessen Untersuchungen der Inhalt des Varizellenbläschens niemals die der Variola und Vakzine eigentümlichen und von ihm als Cytoryctes vaccinae sive Variolae Guarneri bezeichneten Veränderungen im Kornealepithel erzeugt.

Endlich möchte R. auf einen neuen Weg weisen, der vielleicht eine Diagnose der Variola schon vor dem Erscheinen der Bläschen auf den von dem Initialexanthem eingenommenen Stellen glücken läßt. Er geht von Erfahrungen aus, die Sanitätsrat Strube bei Gelegenheit von Versuchen machte, die er als zweiter Arzt der hiesigen Staatsimpfanstalt im Jahre 1906 über den Einfluß der Blutstauung (hervorgerufen durch Saugwirkung) auf die Entwicklung der Vakzine beim Kalbe anstellte. Sie waren folgende:

Bei einem Kalbe wurde innerhalb einzelner abgegrenzter Bezirke, deren Fläche der Öffnung eines Schröpfkopfes entsprach, Vakzine mit Stichen verimpft. — Die Impfstellen wurden nach zweimal 24 Stunden der Saugwirkung ausgesetzt. Es trat Blut und Serum aus. — Sich selbst überlassen, stellten sie sich nach dreimal 24 Stunden wie an den Kontrollstellen als stark gerötete Pünktchen dar und ließen Bläschenbildung noch nicht erkennen. Nun wurden sie von neuem fünf Minuten lang angesaugt. Jetzt wurde deutlich an ihnen die Pockenform sichtbar, indem um den geröteten Impfstich ein breiter Saum erschien, der von blutig gefärbter Lymphe abgehoben wurde, zum Teil sogar an einigen von ihnen platzte.

Es dürfte keinen Schwierigkeiten begegnen, diese Saugwirkung schon durch einen gewöhnlichen Schröpfkopf bei dem Initialexanthem eines variolaverdächtigen Falles an Gesicht, Hals oder Handgelenk anzuwenden. — Sollten sich die bei der Vakzine gemachten Beobachtungen bestätigen, so würde man in der Lage sein, mindestens 24 Stunden früher als bisher die Blattern zu erkennen und dementsprechend früher die erforderlichen Schutzmaßregel anzuordnen.

Grätzer.

H. Dold, Weitere Untersuchungen über die wäßrigen Organextraktgifte und die entgiftende Wirkung frischen

Serums. (Aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt in Berlin.) (Ebenda.) Aus den Versuchen geht hervor: 1. Nicht alle frischen Sera besitzen in gleichem Maße die Fähigkeit, die Organextraktgifte zu paralysieren. Vielfach werden die Organextraktgifte nur durch ihre homologen Sera entgiftet; doch besteht in dieser Hinsicht kein allgemeines Gesetz. 2. Kaolin adsorbiert die in den Organextrakten vorhandenen Giftstoffe. 3. Das frische Serum verliert durch Filtration durch ein Porzellanfilter seine Fähigkeit, die Organextrakte zu entgiften. 4. Bei der Entgiftung der Organextrakte durch frisches Serum handelt es sich nicht um eine Komplement-, sondern wahrscheinlich um eine Ferment- bzw. Antifermentwirkung. 5. Versuch, Kaninchen gegen ihre eigenen Organgifte zu immunisieren, schlugen fehl. Die Tiere gingen dabei unter fortschreitendem Kräfteverlust zugrunde. 6. Zur Gewinnung der Gifte ist es nicht nötig, die Organe zu zerreiben, vielmehr genügt es, die Organe angeschnitten etwa zwei Stunden lang in physiologischer Kochsalzlösung zu digerieren. 7. Aus gewaschenen, zertrümmerten Leukozyten ließen sich keine solchen Gifte extrahieren, wohl aber aus den lymphatischen Organen, z. B. den Lymphdrüsen. Dies spricht dafür, daß die Organextraktgifte nicht direkt aus dem Zellinhalte, sondern aus dem Gewebssaft der Organe stammen.

Grätzer.

Wilms, 1. Zur diagnostischen und prognostischen Bedeutung der Pirquetschen Reaktion. 2. Die Tuberkulintherapie bei chirurgischer Tuberkulose. (Aus der Chirurg. Klinik in Heidelberg.) (Ebenda.) W. faßt seine Untersuchungsergebnisse wie folgt zusammen:

1. Die fungösen Formen der Tuberkulose zeigen in der Regel negative Pirquetsche Reaktion, eine Tatsache, die diagnostisch und prognostisch von wesentlicher Bedeutung ist; darin liegt ein Hinweis darauf, daß die positive Reaktion eher in diagnostischer und prognostischer Beziehung zn verwerten ist als die negative und daß nur bei exsudativer, d. h. fistulöser oder abszedierender Tuberkulose, die negative Reaktion einen kachektischen Zustand andeutet.

2. Die Tuberkulintherapie ist für die Fälle von Tuberkulose, die schon an sich stark positiven Pirquet zeigen, für den Heilungsverlauf nicht wesentlich, dagegen für die mit schwacher Reaktion und besonders für die Formen von fungöser Tuberkulose mit negativem Pirquet ist sie ein stark die Heilungstendenz des Organismus unterstützendes Mittel. Die geringe Reaktion bei solchen Fällen gestattet, schnell mit der Dose zu steigen.

3. Die besten Erfolge bei der Tuberkulose bietet eine kombinierte Behandlung (Tuberkulin, Röntgentherapie, unter obigen Gesichtspunkten), bei der natürlich die bekannten, hier nicht näher auszuführenden Einwirkungen durch Sonnenbäder, Aufenthalt an der See und im Gebirge diätetische Maßnahmen unterstützend mitarbeiten. Ich bin überzeugt, daß im Gegensatz zur heute noch üblichen chirurgischen Therapie die konservative Behandlung der Tuberkulose von Jahr zu Jahr noch an Boden gewinnen wird.

4. Unsere Aufgabe, um das noch einmal hervorzuheben, besteht nicht allein darin, einen tuberkulösen Herd durch Operation unschäd-

lich zu machen, sondern wir müssen zugleich die Widerstandskraft gegen die tuberkulöse Reinfektion des Körpers erhöhen. Ich halte es für sicher, daß ein Patient, dessen Lymphome durch die angeführte konservative Behandlung zum Verschwinden gebracht werden, besser daran ist als ein anderes Individuum, dem die Lymphome frühzeitig exstirpiert werden. Im ersteren Falle hat sich der Körper während des Kampfes mit der Drüsentuberkulose gekräftigt und ist gegen doch nicht zu vermeidende Neuinfektionen widerstandsfähig geworden, im zweiten Fall bleibt der Körper, wenn nicht Tuberkulinkur helfend einspringt, gleich empfänglich gegen die Infektion, und Rezidive sind die Folge. Vielleicht ist sogar eine Weiterverbreitung der Bazillen im Organismus nach Lymphdrüsenexstirpation eher möglich als sonst.

Bei vielen Menschen bedeutet die sogenannte skrofulöse Lymphdrüsenschwellung im jugendlichen Alter die Epoche, in der sich der Organismus gegen die ubiquitäre Tuberkuloseinfektion immunisiert; darum Vorsicht mit der Entfernung dieser Kampf- und Schutzorgane, oder wenn eine Operation sich wegen Verkäsung und Vereiterung als nötig erweist, dann ist die uns heute mögliche und zweckmäßige Kräftigung des Körpers gegen die Infektion durch Tuberkulinkur nicht zu vergessen.

Grätzer.

St. Engel, Beiträge zur Tuberkulosediagnostik im Kindesalter (die Intrakutanreaktion). (Aus der Akadem. Klinik f. Kinderheilk. in Düsseldorf.) (Ebenda.) Die intrakutane Injektion von Tuberkulin bietet gegenüber allen anderen diagnostischen Anwendungsarten des Tuberkulins große Vorteile.

Die Reaktion ist technisch relativ leicht auszuführen, die Resultate lassen sich leicht erkennen, die Belästigung für den Patienten ist, zumal es nicht zu Fiebererscheinungen kommt, minimal. Die injizierte Menge ist sicher dosiert und deponiert.

Der Effekt der Impfung ist zuverlässig. Die Möglichkeit, verschieden starke, auch hohe Konzentrationen von Tuberkulin zu injizieren, bietet die Gewähr, daß Tuberkulose sich unter allen Umständen nachweisen läßt, auch dann, wenn die Tuberkulinempfindlichkeit des Organismus durch akute Infektionen oder durch Kachexie herabgesetzt ist. Die intrakutane Tuberkulinreaktion ist daher geeignet, auch in solchen Fällen noch Aufklärung zu bringen, wo die Pirquetsche Reaktion ihre natürliche Grenze hat. Wo also die Umstände die Ausführung gestatten, ist die Intrakutanreaktion die Methode der Wahl, in vielen Fällen die allein anwendbare. Ihre weitere Einführung in Klinik und Praxis ist dringend wünschenswert.

Grätzer.

M. Hohlfeld, Die Aussichten der Säuglingsfürsorge. (Ebenda.) Es ist möglich, durch Stillprämien und die Tätigkeit der Beratungsstellen die Stilldauer so zu fördern, daß eine wesentliche Herabsetzung der Sterblichkeit bei den vorgestellten Kindern die Folge ist.

Die Belehrung allein hat diesen Erfolg nicht. Sie wird um ihrer selbst willen nicht gesucht, und wo sie in ausgiebiger Weise erteilt

werden konnte, wirkt sie nicht nachhaltig genug, wie das Beispiel der folgenden nicht vorgestellten Kinder zeigt.

Auf der anderen Seite tun es die Prämien allein auch nicht, sonst hätte ein Einfluß auf die Stillhäufigkeit erkennbar sein müssen. Will man ihn ausüben, so wird man auch dabei die Wirkung der Prämien in zweckmäßiger Weise vereinen müssen mit der Tätigkeit der Beratungsstellen. Grätzer.

H. Brüning, Über Ausstellungen für Säuglingsfürsorge. (Ebenda.) Zu den Mitteln, um im „Jahrhundert des Kindes" alle Kreise der Bevölkerung über die zweckmäßige Pflege und Ernährung kleiner Kinder aufzuklären und so Interesse zu wecken für die Frage der Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit in Deutschland, gehören die Ausstellungen für Säuglingsfürsorge, bzw., da das Säuglingsalter sich nicht streng von dem späteren Kindesalter trennen läßt, die Ausstellungen für Säuglingsfürsorge und Kinderpflege.

Eine derartige Ausstellung kann auf zweierlei Weise ins Leben gerufen werden:

1. als Sonderausstellung, wie z. B. 1906 in Berlin, 1909 in Solingen und 1910 in Regensburg, oder aber
2. als Unterabteilung einer allgemeinere Zwecke verfolgenden Ausstellung, wie es z. B. bei der diesjährigen großen Hygiene-Ausstellung in Dresden der Fall ist.

Die erstgenannten Ausstellungen haben nach übereinstimmendem Urteile ihren Zweck vollkommen erfüllt, ein Ergebnis, das verständlich wird, weil bei sachgemäßer Organisation des Ganzen das Interesse der Besucher nicht durch andere Ausstellungsgruppen abgelenkt wird.

Wie verhält es sich nun mit den Unkosten, der Ausdehnung, der Einrichtung und den Erfolgen einer Ausstellung für Säuglingsfürsorge der zweiten Art? Diese Fragen beantwortet B. in seiner Arbeit.

Grätzer.

H. Finkelstein, Über die Anämien des frühesten Kindesalters. (Berlin. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 41.) In diesem „klinischen Vortrage" bespricht F. zunächst die „Scheinanämien", wie sie besonders bei pastösen und erethischen Kindern sowie als Folge unzweckmäßiger Ernährung zu beobachten sind. Dann geht er auf die wahren Anämien über, die entstehen, wenn die Kinder zu geringen Eisenvorrat mit auf die Welt bringen oder dieser sich durch zu lange eisenarme Ernährung erschöpft. Er erörtert die Anämien auf Grund konstitutioneller Schwäche der blutbildenden Organe, die Anaemia pseudoleucämica infantum, die sekundären Anämien.

Zum Schluß würdigt er die Behandlung der einzelnen Formen.

Sehr dankbare Objekte für die Therapie sind mit Ausnahme der Anämien auf Grund konstitutioneller Schwäche der Blutbildung alle auf angeborenen Verhältnissen beruhenden Anämien. Bei Störungen infolge zu lange fortgesetzter eisenarmer Nahrung wird die Diät eingreifend geändert. Es genügt nicht etwa, bei andauernder reichlicher Milchkost einfach eisenhaltige Beinahrung zuzulegen, sondern der Milchanteil ist energisch zu beschränken, dafür entsprechend mehr Kohlehydrat in Form von Suppen, Breien, wenn irgend angängig auch schon Semmel

oder Brot zu verabfolgen und farbige Gemüse, Gemüsesuppen, Obst, Fruchtsäfte zweimal täglich in nicht zu kleinen Mengen beizugeben. Dabei braucht man mit etwas gröberen Speisen nicht allzu ängstlich zu sein, im Gegenteil scheinen solche oft ganz besonders gut zu bekommen. Um eine bei starker Beschränkung der Milch drohende Eiweißarmut der Kost zu verhüten, soll täglich ein Teelöffel Fleischpuree oder Fleischsaft, etwas weißer Käse, bei solchen, die es vertragen, auch ein halbes Ei verordnet werden. Bei Scheinanämien pflegt diese Koständerung allein zu genügen, um in wenigen Wochen eine sinnfällige Änderung im Wesen und Aussehen des Kindes zu bewirken, bei Oligosiderämie dagegen ist die medikamentöse Eisenzufuhr nicht zu entbehren.

Bei den Anämien infolge angeborenen Eisenmangels wird das gleiche diätetische Verhalten angezeigt sein, mit den durch das geringere Alter der Kinder gebotenen Modifikationen. Zweckmäßigerweise erhalten alle jene Kinder, die für die Anämie vorbestimmt erscheinen, schon vom vierten oder fünften Monat ab, wenn möglich schon früher etwas Fruchtsaft und möglichst bald Gemüsebeikost. Die Anämie zu verhüten oder zu beheben, ist auf diese Weise allein aber nicht sicher möglich. Die Kinder bleiben vielmehr fast immer blaß und schlaff, auch wenn die Pflege und Lebensverhältnisse tadellos sind. Um hier zu helfen, bedarf es wiederum der Eisenmedikation, die sich als Tonikum ersten Ranges bewährt. Schon nach einer Woche pflegt die Besserung der Farbe, die Zunahme der Agilität, die günstige Beeinflussung der Stimmung deutlich zu werden. Untersucht man nach 2—3 Wochen wiederum das Blut, so zeigt sich allerdings das überraschende Ergebnis, daß im Gegensatz zu der Besserung des Aussehens und des Allgemeinbefindens Zellzahl und Hämoglobingehalt noch keine oder eine nur sehr geringe Zunahme aufweisen. Um diese zu erreichen, ist eine erheblich längere Eisendarreichung erforderlich. Danach darf die Dauer der Eisenbehandlung nicht unter einem Vierteljahr betragen; für die Beantwortung der Frage, ob später Wiederholung nötig ist, reicht F.s Material gegenwärtig nicht aus. Der Verwendung der teuren, komplizierten, auf ihre Verwertbarkeit im Körper zum großen Teile noch nicht genügend geprüften und zum Teil wohl auch wegen ihrer sonstigen Bestandteile für den Säugling nicht ganz gleichgültigen Spezialitäten kann das Wort nicht geredet werden. Die mit dem einfachen Ferrum carbonicum saccharatum, Ferrum oxydulatum saccharatum solub. erzielten Ergebnisse sind so günstig, daß anderes kaum nötig ist; allenfalls könnte noch zu Eisenalbuminatverbindungen, wie Ferratin, Carniferrin und Triferrin gegriffen werden. Als Dosis verwendet man zweimal täglich eine kleine Messerspitze.

Für die Heilung sekundärer Anämien ist naturgemäß die Beseitigung der primären Ursache die erste und wichtigste Vorbedingung. Am schlagendsten beweisen das die Fälle syphilitischer Ätiologie, die sich bei energischer spezifischer Behandlung nicht selten ohne weiteres Zutun bessern. Ähnlich wirkt, um einige wenige Beispiele anzuführen, die Behebung einer Ernährungsstörung, einer Furunkulose, eines Ekzems, einer Cystitis. Eine der wichtigen Ursachen der sekundären

Anämien im Säuglingsalter, die chronisch rezidivierenden Respirationskatarrhe weichen bekanntlich häufig nicht eher, als bis die Kranken eine staub- und bakterienfreie Luft atmen. Daher verspricht in diesen und allen ähnlich gelagerten Fällen eine Freiluftkur um so mehr Erfolg auch für die Heilung der Anämie, je günstiger die neuen Verhältnisse sich gegen die früheren abheben. Grätzer.

Ph. Fischer und **J. Hoppe,** Über Bromkalzium-Harnstoff (Ureabromin). (Aus dem chem. Laboratorium der Landesheilanstalt Uchtspringe.) (Ebenda.) Bei dem Präparat (hergestellt von Gehe & Co., Dresden) vereinigt sich die diuretische Wirkung des Harnstoffs mit der herzanregenden der Ca-Salze; es enthält 36% Brom. Angezeigt ist es bei Fällen von Epilepsie

1. in denen die Ausscheidung bereits darniederliegt,
2. in denen die Herztätigkeit eine verminderte ist,
3. in denen Verdacht einer Intoxikation vom Darm oder von den Nieren aus vorliegt,
4. bei allen spasmophilen Zuständen.

Man gibt von einer Lösung Ureabromin 40:300 Kindern 2 bis 3 Teelöffel täglich. Grätzer.

F. Reiche, Azetonurie bei Diphtherie und akuten Halsentzündungen. (Aus dem Allgem. Krankenhause Hamburg-Eppendorf.) (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 41.) Azetonurie fand sich bei der Diphtherie zu 65%, bei anderen Halsaffektionen zu 40,2%, sie ist demnach als differentialdiagnostisches Moment nicht zu verwerten. Grätzer.

K. Vogel (Dortmund), Ein Fall von chronischer Appendizitis, verursacht durch einen Schleimhautpolypen im Wurmfortsatz. (Ebenda.) Es handelte sich um einen 13jährigen Knaben, der seit Wochen an steten Beschwerden in der Blinddarmgegend litt.

Das klinische Bild war dasselbe, wie in jenen Formen von „chronischer Appendizitis", die, ohne akute Anfälle verlaufend, sich durch dauernde, relativ leichte, zeitweise exazerbierende Beschwerden charakterisieren, bei deren Operation man meist in einem oft nicht sehr hochgradig veränderten Wurmfortsatz einen oder mehrere Kotsteine findet, die wohl rein mechanisch jene Beschwerden auslösen. Dabei beschränkt sich zunächst der pathologische Befund auf die Appendix selbst, ja vielleicht nur auf die Schleimhaut derselben; eine Periappendizitis findet sich nicht, vielfach kaum Adhäsionen.

Der Polyp hat zunächst rein mechanisch ähnlich wie ein Kotstein gewirkt. Er hat an der gegenüberliegenden Wand des Schleimhautrohres ein Druckgeschwür erzeugt, ebenso, wie sein eigener Schleimhautüberzug auf der Höhe seiner Wölbung ulzeriert ist.

Die chronischen Beschwerden des Patienten dürften durch diese rein mechanische „Reizung" des wie ein Fremdkörper wirkenden ziemlich dicken Polypenkopfes auf die gegenüberliegende Schleimhaut, verbunden mit dem geschwürigen Zerfall seiner eigenen Oberfläche, wohl genügend erklärt sein. Die anfallsweisen Exazerbationen könnten

vielleicht ebenfalls auf diese Ulcera zurückgeführt werden. Man könnte sich denken, daß diese Geschwüre vorübergehend einmal stärkere Beschwerden machten, vielleicht als Folge mechanischer Insulte, z. B. beim Turnen oder Spielen, vielleicht auch wechselnd mit der verschieden starken Darmtätigkeit.

Näher scheint jedoch eine andere Erklärung zu liegen: Der Polyp saß an der Grenze des mittleren und peripheren Drittels der Appendix. Peripher von ihm waren noch ca. 2 cm normalen Lumens bis zum blinden Ende. Hier wird zweifellos die normale Schleimhautsekretion stattgefunden haben. Da jedoch der Polyp den Abfluß dieses Schleimhautsekretes nach dem Zoekum zu unmöglich machte, weil er das Lumen verstopfte, so wird dieser periphere Raum sich langsam prall angefüllt haben. Es fand sich hier auch zersetztes, wohl von den Ulcera stammendes Blut. Beides zusammen bedingte eine starke Spannung in diesem peripheren Wurmfortsatzteil, die klinisch recht wohl als leichter „Anfall" sich äußern konnte. Erreicht diese Spannung einen gewissen Grad, so wird das angesammelte Sekret sich an dem Polypen vorbei nach dem Darm zu entleeren und der „Anfall" ist wieder vorbei, bis erneute Sekretion einen solchen von neuem auftreten läßt.

Daß die Operation unbedingt indiziert war, dürfte keinem Zweifel unterliegen. Die schon im Beginn der Ulzeration der Wurmfortsatzwand würde doch bei weiterem Wachstum des Polypen zweifellos weitere Fortschritte gemacht haben und hätte eine Perforation mit folgender Perityphlitis sicher in absehbarer Zeit zuwege gebracht.

Der Fall ist jedenfalls äußerst selten. V. hat in der ihm zur Verfügung stehenden Literatur die Erwähnung von Polypenbildung im Wurmfortsatz selbst nirgends gefunden. Grätzer.

F. Hamburger, Über den vasomotorischen Symptomenkomplex bei Kindern. (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 42.) H. bespricht die Symptomatologie der erhöhten nervösen Erregbarkeit des Zirkulationsapparates. Speziell als häufig zu beobachtendes objektives Symptom führt er die erhöhte Spannung der Gefäße an, die mitunter so stark ist, daß bedeutende Rigidität des Arterienrohres konstatiert wird.

Die ätiologischen Momente werden gewürdigt, ebenso die Therapie. Grätzer.

E. Reiss und **H. A. Gins,** Influenza-Bakteriämie. (Aus der Mediz. Klinik des städt. Krankenhauses und des städt. Hygien. Instituts in Frankfurt a. M.) (Ebenda.) Bei einem Kind traten 13 Tage nach dem Erscheinen eines Masernexanthems hohe Temperaturen auf, die bald den Charakter eines septischen Fiebers aufwiesen und bis zu dem 41. Tage nach dem Exanthem erfolgten Tode anhielten. Es bestanden Infiltrationen der Lungen, die bei der Obduktion eine lobuläre, buntscheckige, landkartenähnliche Zeichnung aufwiesen. Dieses Bild entsprach ganz dem sonst bei Influenzapneumonie beobachteten, während es beträchtlich von dem üblichen Charakter der Masernpneumonie abwich. Das Blut wies zur Zeit des Exanthems die typische Masernleukopenie auf, die sich aber während der septischen

Temperaturen in eine hochgradige Leukozytose mit Vorwiegen der Lymphozyten umwandelte. Die Obduktion ergab von sonstigen wesentlichen Organbefunden nur noch Abszesse in beiden Nieren, die auf eine Infektion mit Kolibazillen zu beziehen waren. Für eine Allgemeininfektion mit Bact. coli lag kein Anhaltspunkt vor, da dieser Erreger in keinem anderen Organ, auch nicht im Blut, gefunden wurde. Ob die Nierenabszesse an der Erzeugung des Fiebers mitbeteiligt waren, steht dahin. Längere Zeit (17 Tage) vor dem Tode des Kindes wurden im Blut und post mortem in den Lungen typische Pfeiffersche Bazillen kulturell sichergestellt. Von den in der Leiche gefundenen Veränderungen lassen sich nur diejenigen der Lungen auf Influenzabazillen zurückführen.

Die Ansicht der Verff. geht deshalb dahin, daß die Influenzabazillen sich zuerst in der Lunge angesiedelt hatten und von hier aus, was bei den besonders engen Verbindungen zwischen Blut und Lungenalveolen nicht überraschen kann, ins Blut verschleppt wurden. Der Mechanismus wäre also derselbe wie bei der Diplokokkenpneumonie, bei der die Kokken ja sehr häufig im Blut gefunden werden. Daß das Herzblut der Leiche sich frei von Bazillen erwies, spricht dafür, daß es sich nicht um eine Influenzapyämie gehandelt hat, sondern um eine vorübergehende Influenzabakteriämie. Das Fehlen aller Zeichen einer echten Pyämie an der Leiche stimmt mit dieser Annahme überein. Grätzer.

K. Oppenheimer und **W. Landauer,** Über den Ernährungszustand von Münchener Volksschülern. (Ebenda.) Die Untersuchungen ergaben recht ungünstige Verhältnisse. Grätzer.

H. Liefmann und **A. Lindemann,** Der Einfluß der Hitze auf die Sterblichkeit der Säuglinge. (Aus der I. Inneren Abteilung und dem Bakteriolog. Institut des Virchow-Krankenhauses Berlin.) (Medizin. Klinik 1911. Nr. 42.) Die Auffassung der Verff. über die Hochsommersterblichkeit ist die folgende:

1. In heißen Tagen des Hochsommers stirbt eine Anzahl von Säuglingen an direkter Überhitzung, genau ebenso wie dies im Vorsommer der Fall ist.

2. Das gleiche ereignet sich in gewissen Fällen auch an kühlen Tagen des Hochsommers. Diese Erkrankungen sind aber nicht durch die Außentemperaturen, sondern durch die in den Wohnungen herrschende, länger anhaltende Hitze zu erklären.

3. Die größte Mehrzahl der im Hochsommer sterbenden Säuglinge geht an Verdauungsstörungen zugrunde:

a) Ein Teil dieser Erkrankungen ist im Anschluß an Hitzeschädigungen durch unzweckmäßige Ernährung entstanden.

b) Ein anderer Teil wird durch solche Fälle gebildet, in denen eine bereits vorhandene Ernährungsstörung infolge der Hitzeschädigung einen unheilvollen Ausgang nimmt.

Der Tod erfolgt bei allen diesen Erkrankungen:

a) durch die Folgen der Ernährungsstörung selbst;

b) infolge interkurrenter Infektionen durch pathogene Bakterien.

Nur unter Berücksichtigung aller dieser Momente ist man imstande, das Problem der Sommersterblichkeit zu erklären. Nicht Hitze, nicht alimentäre Schädigung, nicht Infektion allein bedingen den Tod so vieler Kinder in den Sommermonaten. Eine einseitige Betrachtung muß zu falschen Vorstellungen führen. Man soll sich daher heutzutage nicht mehr damit begnügen, zu sagen, daß es dieser oder jener Faktor ist, der die hohe Mortalität im Sommer bedingt, sondern man sollte genau erforschen, wie die einzelnen Momente zusammenwirken und welche Art des Ineinandergreifens die häufigste ist.

Auch im einzelnen Fall, in der Klinik wie in der Praxis, müßte man sich darüber Rechenschaft abzulegen suchen, wie die Krankheit entstanden ist, ob Hitze, ob alimentäre Schädigung, ob Infektion eine Rolle dabei spielen, und in welcher Weise diese drei Momente bei der Entstehung wirksam gewesen sind. Ganz sicher werden daraus für die Therapie wichtige Aufschlüsse gewonnen werden, und diese wird dann nicht nur eine symptomatische, sondern eine kausale sein. Man muß bedenken, daß alle möglichen Kombinationen von Hitzeschädigung und Verdauungsstörung sich finden werden und daß eine einseitige Betrachtung der Darmsymptome zu einer Vernachlässigung der vielleicht wichtigsten entwärmenden Maßnahmen führen muß. Beim Kinde mit gestörter Verdauung ist natürlich die Beobachtung der Darmfunktion von größtem Wert, darum ist aber die etwaige Hitzeschädigung oder eine sekundäre Infektion nicht außer acht zu lassen. Von welcher Bedeutung das genaue Studium aller schädigenden Faktoren für die Prophylaxe, und zwar sowohl für die allgemeine, wie die des einzelnen Falles ist, bedarf keiner besonderen Erörterung.

Kommt nach alledem der Hitze ein ungemein bedeutender Einfluß auf die Sommersterblichkeit der Säuglinge zu, so müssen wir bedacht sein, die die Kinder direkt schädigenden Hitzewirkungen nach Möglichkeit auszuschließen. Zur Lösung dieser durchaus nicht leichten Aufgabe müssen die Pädiater und Hygieniker mit den praktischen Ärzten Hand in Hand gehen. Es wird sich zunächst darum handeln, den Müttern Verständnis dafür beizubringen, daß die heutige Art der Säuglingsbekleidung im Sommer eine für das Kind äußerst gefahrbringende ist. In zweiter Linie gilt es, darauf hinzuweisen, wie man durch abkühlende Maßnahmen (Bäder) die Gefahren der hohen Wohnungstemperaturen vermeidet. Daß daneben der gewaltige Nutzen der Brusternährung immer wieder betont werden muß, versteht sich von selbst.

Grätzer.

L. Wolfer (Görz), Ein schwerer Fall von Purpura haemorrhagica. (Ebenda.) Es handelte sich um ein 11jähriges Mädchen, das sehr schwere Zeichen der Erkrankung darbot.

Besondere Beachtung verdient das Auftreten von Doppelbildern am 24. Krankheitstage, bedingt durch das Zurückbleiben des rechten Bulbus beim Blicke nach rechts. W. kann im vorliegenden Falle das Zustandekommen dieser Erscheinung nur dadurch erklären, daß eine Blutung in den rechten Rectus lateralis selbst oder in seine

unmittelbare Umgebung stattgefunden hat, welche den Lateralis in seiner Kontraktionsfähigkeit einschränkte. Eine Blutung im Kerne des Abducens oder in seinem Verlaufe kommt hier wohl kaum in Betracht. Um eine Blutung hat es sich jedenfalls gehandelt, da ja mit dem Schwinden der übrigen sichtbaren Blutungen auch das Zurückbleiben des rechten Augapfels beim Blicke nach rechts verschwand, wenngleich hier und da noch Doppelbilder angegeben wurden.

Obwohl zugestanden werden muß, daß chronische Anämien, Überanstrengungen und schlechte hygienische Verhältnisse das Zustandekommen der Purpura haemorrhagica begünstigen, so werden wir doch nicht fehlgehen, auch eine infektiöse Ursache mit in Rechnung zu ziehen. Um dieselbe Zeit nämlich, als der in Rede stehende Fall in W.'s Beobachtung gelangte, herrschte eine ausgebreitete Influenzaepidemie, die in vielerlei Gestalt auftrat. Vielleicht stand diese Purpura in einer gewissen Beziehung dazu, das heißt, vielleicht war auch sie durch den Influenzabazillus hervorgerufen. Wir wissen, daß die Krankheitserreger überhaupt besonders dort ihre Tätigkeit im menschlichen Organismus entfalten, wo es sich um einen Locus minoris resistentiae handelt. Das kann ja ganz besonders vom Influenzabazillus behauptet werden, da die einzelnen Influenzaerkrankungen bald unter diesem, bald unter jenem Bilde auftreten. Es bot die Patientin schon geraume Zeit vor der Erkrankung deutliche Zeichen beginnender Entwicklung. Das Blutgefäßsystem war den erhöhten Anforderungen, die sämtliche Organe an dasselbe stellten, aber noch nicht gewachsen; das Mädchen erschien schon lange vorher etwas anämisch, ermüdete leicht und äußerte oft Kopfschmerzen. Das Blutgefäßsystem war also der Locus minoris resistentiae der Patientin, die von jeher schon bei kleinsten Kontusionen „blaue Flecke" bekam. Darum fand auch eine etwaige Influenzainfektion dort den günstigsten Boden des ganzen Organismus.

Jedenfalls ist der Versuch, in dieser Weise für die Purpura haemorrhagica eine infektiöse Ursache anzunehmen, nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen. Den Beweis für das Gesagte könnte allerdings nur der Nachweis von Influenzabazillen im gegebenen Fall erbringen.

Grätzer.

E. Kobrak (Berlin), Das Sedativum und Hypnotikum Adalin in der Kinderpraxis unter Berücksichtigung seiner Verwendbarkeit bei der Therapie des Keuchhustens. (Mediz. Klinik 1911. Nr. 43.) K.s Erfahrungen basieren auf 35 mit Adalin behandelten Kindern. 24 waren Säuglinge unter zwei Jahren. 14 unter diesen unter ein Jahr, ein Kind hatte erst ein Alter von drei Tagen. Geschadet hat die Therapie keinem Kind.

Behandelt wurden Kinder mit nervöser Schlaflosigkeit und Übererregbarkeit, unruhige Kinder mit Ernährungsstörungen sowie mit Infektionskrankheiten, solche mit Krämpfen und mit Keuchhusten.

Was den letzteren anbelangt, so zieht K. aus seinen Erfahrungen den Schluß, daß das Adalin als Sedativum gegen die nervöse Komponente des Keuchhustens wohl brauchbar ist, daß es aber von Eulatin wesentlich übertroffen wird.

Auch von den Chininpräparaten Euchinin, Aristochin sowie von Bromoform sah K. in dieser Beziehung früher viel Besseres als von Adalin. Sehr brauchbar dagegen ist das Adalin oft bei mittelschweren Fällen, um den durch die nächtlichen Anfälle um den Schlaf gebrachten Kindern jede zweite oder dritte Nacht mehr Ruhe zu verschaffen.

K. rät daher für alle Fälle mit stark betonter nervöser Komponente am Tag als Sedativum Eulatin (drei- bis viermal 0,15—0,25 für Alter von 3 Monaten bis 12 Jahre) oder Aristochin, Euchinin und dergleichen zu geben, vor der Nacht aber jeden zweiten oder dritten Tag Adalin in Dosen von 0,2—0,6 für Alter von 1—12 Jahren anzuwenden. Säuglinge unter einem Jahre bedürfen auch dieser Dosis 0,2, wenn man hypnotischen Effekt erzielen will. Man scheue sich also nicht vor den scheinbar für das frühe Lebensalter hoch erscheinenden Dosen. Bei Säuglingen von $^1/_4$ Jahr ist 0,15 durchschnittlich erforderlich, bei einem dreitägigen Säuglinge wirkte 0,08 in wünschenswerter Weise.

Schwerere Fälle scheinen von Adalin, wenn man die Dosis nicht übertreiben will, wenig Erfolg zu haben. In solchen wird man Chloral oder Kombinationen leichter Hypnotica mit Narkoticis wie Codein verwenden müssen. Die Thymianpräparate (Extr. Thym. sacharat., Pertussin, Thymanin) haben ihre Domäne für stärker katarrhalische Formen. Sie bewährten sich zur Lösung recht gut, haben aber auf die Häufigkeit der Anfälle keinen Einfluß. Ebenfalls gut lösend fand K. reichliche Wasserdampfinhalationen mit Inhalierapparat. Zusätze außer Emser Salz oder Kochsalz erschienen zwecklos. Ein Kupieren der einmal erworbenen Keuchhusteninfektion ist durch keins der Mittel möglich.

Seine gesamten Erfahrungen faßt K. dahin zusammen, daß Adalin ein für Kinder unschädliches Beruhigungsmittel ist, das als Sedativum und Hypnotikum verwendet werden kann:

1. Für unruhige, nervöse Kinder.

2. Für erregte und schlaflose dyspeptische und überhaupt ernährungsgestörte kranke Kinder und erleichtert das Hungerregime.

3. Für Kinder mit Infektionskrankheiten, denen Nachtruhe nottut, speziell für Pneumonien der Kinder, um dem Herzen Ruhe zu schaffen, als Ersatz der üblichen Morphiummedikation bei Erwachsenen in solchen Fällen.

4. Bei leichteren Krampfzuständen aus den verschiedensten Ursachen. Für schwerere Fälle empfiehlt sich mehr das Chloral-Brom. Eine Phosphormedikation und vor allem Diät behalten selbstverständlich ihre Wichtigkeit.

5. Beim Keuchhusten als Mittel für die Nacht, jeden zweiten bis dritten Abend, in solchen Fällen, in denen die Anfälle die Nachtruhe sehr stören und die Kinder dadurch nervös sehr herunterkommen.

Grätzer.

A. L. Scherbak (Brünn), Eine Vereinfachung der Milchpumpe nach Jaschke. (Zentralbl. f. Gynäkologie 1910. Nr. 49.)
Die früher (1909. Nr. 16) von Jaschke konstruierte Milchpumpe mit

dem Kegelventil hat sich in der Praxis vielfach glänzend bewährt; doch veranlaßte die Unhandlichkeit des Apparates (leichte Zerbrechlichkeit des komplizierten Glasteils, schwieriger Transport, zeitraubende Sterilisierung, Kostspieligkeit) den Brünner Kollegen zu folgenden Verbesserungen: Das Trichterrohr wurde auf die Hälfte verringert, der Abflußhahn weggelassen, der Trichterrand flachgeschliffen, die Sterilisierung durch Auskochen des Milchkolbens vereinfacht, dieser selbst durch Aufsetzen eines Saughütchens gleich als Milchflasche verwendet und eventuell auch als Milchkühler im Eisschrank. Eine Abbildung erläutert die Verbesserung. Am Schlusse heißt es: „Ich stelle mir vor, daß die Summe dieser Vereinfachungen die handlichere Form, der verbilligte Preis (er beträgt nur ein Fünftel des Jaschkeschen Modells), die Standfestigkeit und geringere Zerbrechlichkeit, die so leichte Sterilisierbarkeit und die Möglichkeit des direkten Austrinkens, auch in der allgemeinen Praxis der ausgezeichneten Jaschkeschen „Grundidee jene Verbreitung erleichtern könnte, die sie wirklich verdient.“ —[Zu haben durch die Firma Marconis Nachf. Bachheimer & Schreiner, Wien IX/3, Lackierergasse 8, zum Preise von 1 K. 20 Heller.] Wegscheider.

W. Hannes (Breslau), Über den Ersatz des Argentum nitricum durch das Sophol in der Ophthalmoblenorrhoeprophylaxe. (Zentralbl. f. Gynäkologie 1911. Nr. 1.) Sophol, die Silberverbindung der Formonukléinsäure mit 2 % Ag, ist von den Elberfelder Farbwerken (vorm. Friedr. Bayer & Co) in den Handel gebracht, von von Herff in die Praxis eingeführt und in vielen Kliniken mit bestem Erfolge angewendet, weil die Credéisierung mit 1 oder 2 %iger Höllensteinlösung öfter Reizerscheinungen in der Conjunctiva hervorrief, bis zu 30 %, während bei Sophol nur 0,5—1 % der Fälle Reizerscheinungen zeigten. Auch in der Breslauer Frauenklinik sind von 1908—1910 1595 Kinder prophylaktisch mit Sophol behandelt; zur Verwendung gelangte eine 5 %ige, öfter frisch zubereitete Sophollösung, von der 1—2 Tropfen eingeträufelt wurden. Die Lösungen müssen stets kalt zubereitet werden. Die Erfolge waren glänzende, indem nur halbsoviel Frühinfektionen (0,13 %) zur Beobachtung gelangten als früher bei der Anwendung von Argentum nitricum, die zum Teil auf die lange Dauer der Geburt nach dem Blasensprung zurückzuführen sind. — Wegen seiner sicheren und reizlosen Wirkung eignet sich Sophol zur Einführung in die tägliche Praxis des Arztes wie der Hebamme. Wegscheider.

M. Ecsedi (Tarnaméra, Ungarn), Ein seltener Fall von Menstruatio praecox. (Zentralbl. f. Gynäkologie 1911. Nr. 33.) Bericht über ein 4jähriges Mädchen, welches alle Zeichen der vorzeitigen Reife aufwies: gut entwickeltes Becken, Genitalien „wie bei einer Dreizehnjährigen“, reichliche Behaarung, Brüste von Kindsfaustgröße, Hymen für den Finger durchgängig. Nach Angabe der Eltern hat dies Kind seit seinem 9. Lebensmonate alle 4 Wochen mehrtägige Blutungen aus den Genitalien. Wegscheider.

L. Caspar (Mühlheim/Rh.), Ein Fall von vererbtem Netzhautgliom. (Zentralbl. f. prakt. Augenheilk. Juni 1911.) Das Interesse

des Falles liegt in der Tatsache der Vererbung: Das $1^1/_4$ Jahre alte Kind der in frühester Jugend (im Alter von 2 Jahren) wegen einseitigen Glioma retinae selber enukleïerten Mutter wies gleichfalls einen Markschwamm der Netzhaut auf, der zur Erhaltung des Lebens die Entfernung des Auges forderte.

Interessant ist bei der Seltenheit dieser malignen, das Auge wie das Leben der Kleinen bedrohenden Erkankung die statistische Angabe des Verfassers, wonach bei ihm auf annähernd 40000 Augenkranke insgesamt 3 Fälle kamen, also nur etwa 1:13000. Referent bekam in meiner bisherigen Eigenpraxis 2 Fälle zu Gesicht, das ist ca. 1:10000 Augenpatienten. — Andere Autoren fanden einen weit höheren Prozentsatz. Sommer (Zittau).

J. Hirschberg, Über Fieber bei Augenentzündungen. (Zentralbl. f. prakt. Augenheilk. Juli 1911.) In den heutigen Lehrbüchern findet man über dieses Thema wenig oder nichts, in den älteren sehr vieles. — Die Blennorrhoe der Neugeborenen bewirkt kein Fieber. Merkwürdig ist die Tatsache, daß bei der inneren Vereiterung des Augapfels keineswegs immer oder auch nur häufig Fieber vorhanden ist. Auch Iritis ist selten von Fieber begleitet.

Jedenfalls stellt Prof. H. als Ergebnis seiner Beobachtungen die Tatsache fest, daß Fieber als Folge stärkerer Augenentzündung seltener beobachtet wird, als man es eigentlich erwarten sollte.

Sommer (Zittau).

St. Engel und **H. Murschhauser,** Über den Einfluß des Harnstoffes auf das Blut und die Milch stillender Frauen. (Hoppe-Seylers, Zeitschr. f. physiol. Chemie 1911. Bd. 73. Heft 1/2.) Nachdem die Verf. gezeigt hatten, daß bei Nephritis nicht eiweißartiger Stickstoff, in der Hauptsache wohl Harnstoff in die Milch übergeht, war es die weitere Aufgabe zu prüfen, wie denn die Brust überhaupt als Exkretionsorgan für den Harnstoff zu funktionieren imstande sei. Wie sich die Blutdrüse dem per os zugeführten Harnstoff gegenüber verhalten würde, ist a priori nicht klar. Im allgemeinen arbeitet die Drüse ja so, daß sie unabhängig von der Ernährung die Zusammensetzung ihres Sekretes wahrt. Ausnahmen beziehen sich fast ausschließlich auf das Fett, dessen Qualität der alimentären Beeinflussung zugängig ist. — Das Verhalten der Brustdrüse zum Harnstoff wurde so geprüft, daß vor, während und nach Harnstoffzufuhr der Stickstoffgehalt und die Stickstoffverteilung im Blutserum und in der Milch festgestellt wurden. Milch und Blut wurden am selben Tage entnommen, die erstere als korrekt gesammelte Tagesmischmilch.

Die vorgelegten Analysen ergaben nun als sichere Tatsachen, daß der Rest-N während des Versuches sowohl im Blutserum wie in der Milch ansteigt, und zwar absolut wie relativ, daß das Anwachsen des Rest-N ca. 9 bzw. 34% des ursprünglichen beträgt. In einem anderen Versuche, bei dem zwar die Anordnung hinsichtlich der Verabreichung des Harnstoffes genau so getroffen war wie bei dem ersten, bei dem jedoch aus den einzelnen Phasen des Versuches nur Stichproben gemacht wurden, war das Ergebnis dem der ersten beiden Versuche gleichsinnig.

Das Gesamtergebnis, welches man aus den drei, in jeder Hinsicht übereinstimmenden Versuchen herauslesen muß, ist besonders für die Sekretionsphysiologie der Brustdrüsen von Interesse. Wie oben schon gesagt, konnte es a priori nicht klar sein, wie sich die Brustdrüse den Harnstoff gegenüber verhalten würde; ist es doch im allgemeinen so, daß die Milchbestandteile qualitativ wie quantitativ durch nicht allzu exzessive alimentäre Einflüsse nicht berührt werden. Im vorliegenden Fall hat sich nun aber herausgestellt, daß ein Mehrangebot von Harnstoff, sei es, daß es pathologischerweise durch Nephritis, sei es, daß es durch Fütterung bedingt wird, auch zu einer Mehrabscheidung in der Milch führt. Die Brustdrüsenzellen würden sich also dem Harnstoff gegenüber nicht in dem Maß elektiv verhalten, wie sie es z. B. mit dem Eiweiß, Zucker und den Mineralbestandteilen tun. Mit anderen Worten, die exkretorische Komponente in der Tätigkeit der Brustdrüsen, d. h. also das Vermögen, Endprodukte des Stoffwechsels abzuscheiden, ist keine feststehende, sondern eine variable Größe. Die Ursache erscheint deswegen bemerkenswert, weil sie ein Hinweis darauf ist, in wie hohem Maße die Brustdrüsen beim Menschen als Exkretionsorgan dienen können. Es ist dies um so erstaunlicher, als andere Drüsen, wie Speicheldrüsen usw. auch bei einem Mehrangebot von Harnstoff nur Spuren abscheiden, daß sie also gewissermaßen in strengerem Sinne elektiv sekretorisch tätig sind, wie die Brustdrüsen des Menschen. Weitere vergleichende physiologische Untersuchungen werden vielleicht diese Eigentümlichkeit der Brustdrüsen noch näher beleuchten. H. Netter (Pforzheim).

H. J. Gerster, Die Inguinalhernien im Basler Kinderspital von 1894—1909. (Inaug.-Dissert. Basel 1911.) G. hat sich der Arbeit unterzogen, die im Basler Kinderspitale von 1894—1909 an Leistenbrüchen operierten Kinder teils selbst nachzuuntersuchen, teils schriftliche Nachrichten über den Erfolg der Operation bei den Eltern einzuholen. Leider konnten nicht mehr alle gefunden werden.

Nachuntersucht wurden 65 Fälle, und zwar zum größten Teil von G. selbst. — Auf briefliche Nachfrage bekam G. Antwort in 122 Fällen; zusammen sind es also 187 Fälle mit 209 Operationen. Von diesen waren mit rezidivierten Hernien behaftet 3 Patienten mit 4 Rezidiven.

In einem Fall trat das Rezidiv 12 Jahre nach der Operation auf nach einer sportlichen Überanstrengung. Ob man hier berechtigt ist, ein Rezidiv anzunehmen, oder ob es sich nicht eher um eine als traumatisch zu bezeichnende Hernie handelt, kann G. nicht entscheiden.

Ein Fall betrifft einen Knaben mit außerordentlich schwachen Bauchdecken, bei dem auch nach der Rezidivoperation (n. Kocher) ein neues Rezidiv sich zeigte.

Der dritte Fall ist darum interessant, weil das kleine Rezidiv im oberen Narbenwinkel bei der Nachuntersuchung nicht mehr zu konstatieren war, nachdem der Knabe zwei Jahre lang ein Band getragen hatte. Jetzt trägt er kein Band mehr, turnt und spielt wie andere Knaben seines Alters. Hier hat wahrscheinlich das Band-

tragen (nachdem eine z. T. erfolglose Operation vorangegangen war), doch einen therapeutischen Effekt gezeigt, was in wenigen Fällen vorkommen mag. Von den 224 Patienten kamen aber 88, welche ein Band ohne Erfolg getragen hatten, und bei denen z. T. trotz desselben der Bruch gewachsen war.

Auf die Operationsmethoden verteilt, kamen vor:

bei	Czerny	2 Rezidive,	nachuntersucht	83	Hernien	= 2,40 %
„	Kocher	1 Rezidiv,	„	89	„	= 1,12 %
„	Macewen	1 „	„	29	„	= 3,45 %

Die besten Resultate liefert die Kochersche Methode (laterale Verlagerung, Invaginationsverlagerung); daneben steht die alte, einfache Czernysche Methode auch gut da; etwas ungünstiger, aber immer noch annehmbar, sind die Resultate bei der Methode von Macewen. Die Zahl der Fälle ist hier klein, so daß man etwas zurückhaltend sein darf. Bassini mit 6 Operationen und 6 Dauerheilungen fällt bei der kleinen Zahl außer Betracht einer kritischen Beleuchtung.

Insgesamt handelt es sich also um 209 Operationen mit 4 Rezidiven, was einem Prozentsatz von 1,91 entspricht. Mithin stellen die Dauerresultate 98,09 % dar.

Die Kocherschen Methoden bei Erwachsenen ergaben bei 508 von 1895—1900 gesammelten Fällen 95,5 % Dauerheilungen. Nach der Zusammenstellung von Pott zeigten

die Kocherschen Methoden = 92,5 % Dauerheilungen
„ Bassinischen „ = 90,1 % „

Der fast wunderbar anmutende Erfolg, den man im Basler Kinderspitale erreichte, ist sicher z. T. auf Rechnung des Alters zu setzen, in dem operiert wurde, da das kindliche, noch zellreiche Gewebe eher imstande ist, einen festen Verschluß zu schaffen, als das teilweise schon atrophische, zellärmere eines älteren Individuums.

Nach andern Statistiken scheint das Rezidiv sekundär verheilte Operationswunden vorzuziehen. An G.'s Material ist das weniger deutlich; gerade bei der Rezidivoperation in dem einen Fall trat später an derjenigen Stelle der Narbe ein neues Rezidiv auf, die primär verheilt war. —

Nach den Erfahrungen, die im Basler Kinderspitale gemacht wurden, kann G. also die Vornahme der Radikaloperation bei Kindern mit Leistenbrüchen nur warm empfehlen. Es ist G. wiederholt mündlich und schriftlich von den Eltern mitgeteilt worden, wie das vorher kränkliche, schwächliche Kind nach der Operation der Hernie kräftig und munter geworden sei. Der Bruch bedeutet für das Kind nicht nur ein somatisches Leiden, sondern er ist oft für dasselbe eine Quelle eines auch auf die Psyche ungünstig einwirkenden Angst- und Schwächegefühles. **Grätzer.**

H. G. Laur, Intrauterine Übertragung von Masern im Inkubationsstadium. (I.-D. München 1909.) An der Hand der Literatur wird zunächst gezeigt, daß eine Möglichkeit der intrauterinen Übertragung von Infektionskrankheiten, auch von Masern, recht

wohl gegeben ist, obwohl nur wenige Beispiele einer doch absolut häufigen Krankheit dies bestätigen. Wir sehen, daß die Kinder entweder mit dem Masernexanthem geboren wurden oder gleich oder einige Tage nach der Geburt erkrankten. Daß das Maserngift nicht regelmäßig von der Mutter auf die Frucht übertragen wird, läßt sich dadurch begründen, daß die Widerstandsfähigkeit der plazentaren Scheidewand entweder bei den verschiedenen Individuen eine ungleiche ist, oder es liegt der Grund in der individuell verschiedenen Empfänglichkeit der Frucht. Der letzteren Auffassung ist jedenfalls der Vorzug zu geben, denn obwohl die Disposition für Masern eine allgemeine ist, so scheint doch hauptsächlich dieselbe in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres zu beginnen, da Kinder in den ersten Lebensmonaten nicht masern. Ausnahmsweise bleiben aber bloß Neugeborene nicht verschont, und es muß eingeräumt werden, daß die Ansteckung im Mutterleibe zu den Seltenheiten gehört. Der Fall ist kurz folgender: Am 29. April 1908 gebar M. K., die Mitte April, 14 Tage vor dem Exanthemausbruch sich längere Zeit bei masernkranken Kindern aufgehalten, einen Knaben; am 30. April Temperaturanstieg bei der Wöchnerin, dem am 1. Mai das Masernexanthem folgte. Der Knabe, der mit der Mutter nach der Geburt höchstens 10 Minuten noch in Berührung kam, wurde am 7. Mai plötzlich unruhig, am 8. zeigte sich das Masernexanthem. Unter Berufung auf die Erfahrungen, die wir vor allen Panum verdanken, kommt Autor zu dem Schluß, daß das Inkubationsstadium 13—14 Tage beträgt, so daß in dem vorliegenden Fall der Knabe, bei dem das Exanthem am 8. Mai erschien, am 24. oder 25. April infiziert sein mußte. Da aber das Exanthem der Mutter erst am 30. April ausbrach, so lag die Zeit der Ansteckung tatsächlich in der Krankheitsperiode, in der die Masern bei der Mutter noch latent waren und zwar zwei Tage vor dem Termin, an dem die Prodrome aufzutreten pflegen, also ein Inkubationsstadium im engeren Sinne.

Man kann, wenn man zweifeln will, immer noch geltend machen, daß das Kind sich doch möglicherweise am 30. April, bei dem Zusammensein von einigen Minuten (das einzige Mal) mit der Mutter, infiziert habe. Demgegenüber läßt sich die aus der Literatur geschöpfte Erfahrung vertreten, daß Säuglinge gleich nach der Geburt sehr wenig für Masern empfänglich sind, daß es sogar nicht an Fällen fehlt, in denen von masernkranken Ammen gestillte Neugeborene nicht erkrankten. Man kann noch einwenden, daß das Inkubationsstadium im engeren Sinn gar keine Ansteckungsgefahr in sich berge; extrauterin mag dies ja wohl seine Richtigkeit haben, dagegen erscheint es im vorliegenden Fall zur Genüge bewiesen, daß per placentam tatsächlich Mikroorganismen auf den Fötus übergehen können und dies hauptsächlich bei den mit Bakteriämie beginnenden Infektionskrankheiten, zu denen wir auch, obwohl wir ihren Erreger noch gar nicht kennen, auch die Masern rechnen müssen. Denn nur durch Bakteriämie ist eine intrauterine Übertragung von Masern im Inkubationsstadium zu erklären.

H. Netter (Pforzheim).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

J. Lins (Dornbirn), Sechs Fälle von Taenia cucumerina beim Menschen. (Wiener klin. Wochenschr. 1911. Nr. 46.) Bei 5 Fällen handelte es sich um eine familiäre Erkrankung: Mutter und 4 Kinder. Erstere wies weit über 200 Stück der Parasiten auf, und auch bei den Kindern waren sehr zahlreiche Exemplare nachzuweisen. Infektionsquelle: eine Katze, der Liebling des Hauses. Durch Kuren mit Extract. filic. wurden alle Patienten dauernd geheilt.

Grätzer.

W. Löbisch, Beitrag zur Therapie vorgeschrittenster Fälle von Cholera infantum (Sommerdiarrhöe) bei Säuglingen. (Wiener klin. Wochenschr. 1911. Nr. 47.) L. berichtet, daß es ihm gelungen ist, in sämtlichen Fällen, in 6 Fällen durch intravenöse hypertonische Kochsalzinfusion und in einem Falle, in welchem dieser Eingriff durch die Eltern des Kindes verweigert wurde, durch subkutane hypertonische Kochsalzinjektion vollständige Heilung zu erzielen. Die 7 Fälle, welche L. mit der von Gärtner und Beck für die Behandlung der Cholera asiatica vorgeschlagenen Methode behandeln konnte, betraten Kinder im Alter von vier Monaten bis zu einem Jahre und einen Monat, welche an Sommerdiarrhoe 4—8 Tage gelitten hatten, bevor sie der ärztlichen Hilfe zugeführt wurden. Alle 7 Fälle zeigten das gemeinsame Bild der Herzschwäche; die Kinder waren somnolent und verweigerten entweder jegliche Flüssigkeitsaufnahme oder erbrachen alle zugeführte Flüssigkeit. Die Wirkung der angewandten Methode ist eine frappierende. Während die Kinder während der Infusion, bzw. Injektion fast gar keine Zeichen der Abwehr von sich geben und, man möchte fast sagen „teilnahmslos“ an sich manipulieren lassen, erfolgt wenige Minuten nach Beendigung des Eingriffes kräftiger Lidschlag, die Kinder blicken umher, führen mit den Extremitäten Bewegungen aus und beginnen zu schreien. In kurzer Zeit weicht auch die zyanotische Verfärbung von den Lippen und wenige Stunden nach dem Eingriff besehen, zeigen die Gesichtszüge fast normales Aussehen. Die Diarrhöen sistieren, und nach kurzer Zeit macht sich bei den Kindern ein lebhaftes Durstgefühl geltend, dem man durch Verabreichung von Tee per os und durch Teeinläufe, letzteres besonders wenn die Kinder früher häufig erbrochen hatten, gerecht werden kann.

Zur intravenösen Infusion, bzw. subkutanen Injektion verwendete L. 1,5%ige Kochsalzlösung. Eine Lösung von noch höherem Salzgehalt anzuwenden, hielt er für nicht opportun, da er der Ansicht ist, daß einerseits der osmotische Strom zweifellos durch die Verwendung 1,5%iger Kochsalzlösung die gewünschte Richtung erhält, anderseits durch Verwendung einer Lösung von höherem Salzgehalte vielleicht das reaktive Durstgefühl zu sehr gesteigert würde, dessen Nichtbefriedigung für den Säugling quälend wäre, dessen Befriedigung aber die Gefahr zu starker Belastung des von der Erkrankung ohnehin sehr geschwächten Magendarmtraktes in sich bergen könnte.

Bezüglich der Technik der Methode von Gärtner und Beck, die bei vollständiger Wahrung aller gebotener Asepsis eine möglichst einfache sein muß, soll sie sich beim Landarzt allenthalben Eingang verschaffen, möchte L. nur bemerken, daß er sich nie der Staubinde bedient hat und daß er wegen der zarten anatomatischen Verhältnisse beim Säuglinge die Infusion in die Vena saphena magna vornahm.

Zur Infusion bediente sich L. eines von der Firma H. Reiner in Wien gelieferten Kochsalzinfusionapparates, wie ihn jeder Arzt in seiner gynäkologischen und chirurgischen Praxis wohl verwenden kann. L. hat entsprechend dem ungefähren Gewichte der Säuglinge (8 bis 10 kg im Maximum) eine Flüssigkeitsmenge von 150—230 ccm gebraucht. Die Temperatur der verwendeten Kochsalzlösung betrug 37—40° C. Die Infusion muß langsam erfolgen, da bei zu schneller Infusion schwere Erscheinungen von seiten des Herzens und der Lungen auftreten können. Daher soll sich der Infusionsapparat höchstens 10 cm über der Höhe des Operationsfeldes befinden.

Nach Beendigung der hypertonischen Kochsalzinfusion werden die Eltern des Kindes angewiesen, demselben häufig mäßig gezuckerten Kaisertee zu verabreichen. Nach 2—3 Tagen zeigen dann die Kinder wieder normales Verhalten und normale Temperatur, worauf sie wieder ihre gewohnte Nahrung genießen können.

Wie erwähnt, mußte sich L. in einem Falle mit der subkutanen Injektion von 200 ccm 1,5 %iger Kochsalzlösung unter die Haut beider Oberschenkel oberhalb des Fascia lata begnügen.

Dieser Fall war der letzte, der L. zugekommen, und es drängt sich ihm anläßlich seines günstigen Verlaufes der Gedanke auf, ob es nicht bei der Behandlung von Sommerdiarrhoe der Säuglinge genügte, unter strenger Wahrung der Asepsis die subkutane Injektion der hypertonischen Kochsalzlösung einer intravenösen Infusion, deren Technik sich doch relativ schwieriger gestaltet, vorzuziehen.

Grätzer.

A. Kreidl und **E. Lenk** (Wien), Vergleichende Viskositätsbestimmungen der Milch mit Hilfe ihrer kapillaren Steighöhe. (Wiener klin. Wochenschr. 1911. Nr. 43.) Die Versuche zeigten, daß die Viskosität der Frauenmilch variiert, indem ihre spezifische Zähigkeit bis zum zweiten bzw. dritten Monate der Laktation abnimmt, um hierauf ein wenig zu steigen. Diese Tatsache geht mit der Änderung der Kaseinkonzentration parallel und ist meistenteils nur von ihr abhängig. Die auch von Basch gefundene große Veränderung der Frauenmilch in den ersten Tagen der Laktation entspricht dem großen Einflusse der Kolostralkörperchen auf die Milchviskosität.

Grätzer.

H. Rozenblat, Contribuiton à l'étude des réactions locales à la tuberculine. (Arch. de méd. des enf., Décembre 1911.) Die lokalen Tuberkulinreaktionen bilden heute eine wichtige klinische Methode, deren Wert, namentlich in der Diagnostik der Kinderkrankheiten, kaum noch bestritten werden kann. Es kommen zwar seltene Fälle vor, wo diese Reaktionen negativ ausfallen, trotzdem ein tuberkulöser Herd im Organismus besteht, oder positiv bei Fehlen eines

solchen, doch von solchen sehr seltenen Ausnahmen abgesehen, kann gesagt werden, daß die Kutisreaktion von v. Pirquet und die Intradermoreaktion von Mantoux, die sich als die praktischsten und am leichtesten ausführbaren erwiesen haben, für das Erkennen der Natur gewisser Kinderkrankheiten von ausschlaggebender Wichtigkeit sind.

Zu bemerken ist, daß die Kutisreaktion in etwa 5 % der Fälle negativ ausfällt, während die Intradermoreaktion ein positives Ergebnis liefert, daß also letztere als empfindlicher angesehen werden muß. Andererseits ist aber die Pirquetsche Probe viel leichter ausführbar, erheischt nicht die Anwendung einer Spritze und auch nicht das Herstellen einer Lösung, da sie mit dem unverdünnten Tuberkulin ausgeführt werden kann. Man soll also die Tuberkulinuntersuchungen derart ausführen, daß man zuerst die v. Pirquetsche Reaktion anwendet und falls dieselbe negativ ausfällt eine Gegenprobe mittels der Mantouxschen Intradermoreaktion vornimmt.

R. konnte im Laufe ihrer Untersuchungen feststellen, daß keinerlei Verhältnis zwischen dem Grade der Empfindlichkeit eines Organismus für Tuberkulin und dem Grade seiner eventuell existierenden Tuberkulose besteht. Es besteht auch kein Verhältnis zwischen dem Aussehen der lokalen Tuberkulinreaktion und der klinischen Form der Tuberkulose. Man kann höchstens sagen, daß eine kachektische, d. h. wenig entwickelte, wenig gefärbte und kaum oder gar nicht infiltrierte Reaktion einer vorgeschrittenen Tuberkulose, und daß eine torpide Reaktion, d. h. eine solche, die mehr als 24 Stunden zu ihrer Entwicklung benötigt, einem latenten tuberkulösen Herde entspricht. Hervorgehoben soll noch werden, daß die Intradermoreaktion höhere Temperaturen bewirkt als die v. Pirquetsche Kutisreaktion.

E. Toff (Braila).

Charles Leroux et **Raoul Labbé** (Paris), Le séro-diagnostic dans l'hérédo-syphilis infantile et la syphilis familiale. (Archiv. de méd. des enfants, Décembre 1911.) Die Verff. haben die familiale und hereditäre Lues studiert und in allen Fällen auch serodiagnostische Untersuchungen vorgenommen. Diese Reaktionen wurden im Pasteurschen Institute in Paris von Levaditi und Latapie vorgenommen, und die erzielten Resultate können in folgendem zusammengefaßt werden. Die Serodiagnose der Syphilis ist von großem Nutzen für das Studium der infantilen Heredosyphilis, doch muß dieselbe durch das systematische Aufsuchen der familialen Syphilis vervollständigt werden. Andernfalls ist es möglich, daß zahlreiche Fälle von hereditärer Syphilis oder auch Parasyphilis unbemerkt bleiben.

Was speziell die Serodiagnose anbetrifft, so gibt dieselbe in Fällen von frühzeitiger Heredosyphilis in 66,6 % der Fälle ein positives Resultat, doch wechseln die Ergebnisse je nach dem Stadium und der Natur der Krankheit. Bei sekundärer Heredosyphilis (mit kutanen und mukösen Erscheinungen) gibt die Reaktion fast immer ein positives, seltener ein negatives Resultat. Ebenso ist es auch bei der tertiären Heredosyphilis, obwohl bei derselben die Anzahl der negativen Fälle eine etwas größere ist. Bei der Heredoparasyphilis (Dystrophien, Degenereszenzen verschiedener Art) ist die Serodiagnose fast immer eine negative. Bei latenter Heredosyphilis findet man

mitunter positive Resultate. Bei gesunden, von syphilitischen Familien stammenden Kindern findet man immer eine negative Reaktion. Die Wassermannsche Reaktion ist von Bedeutung, falls es sich darum handelt, die latente Heredosyphilis, die so häufig bei Kindern vorkommt, zu entdecken. Ebenso auch die Differentialdiagnose, falls es sich darum handelt, in zweifelhaften Fällen Tuberkulose von Lues zu entscheiden.

Die familiale Syphilis wird meistens verkannt, namentlich wenn es sich um den mütterlichen Teil handelt. Diese Syphilis ist sehr oft eine virulente, da sie nicht erkannt und folglich auch nicht behandelt wird. Am häufigsten ist sie konzeptioneller Natur, seltener durch direkte Ansteckung erworben. Dies erklärt auch das Collessche Gesetz, daß nämlich ein von einem syphilitischen Vater syphilitisch gezeugtes Kind niemals seine anscheinend gesunde Mutter infiziert, aus dem einfachen Grunde, weil dieselbe durch die Konzeption bereits infiziert ist. Die maternelle aktive Syphilis erzeugt meist virulent oder latent syphilitische Kinder mit positiven Reaktionen. Es können aber unter diesen Umständen auch gesunde Kinder geboren werden.

Die latente maternelle Syphilis mit negativer Serumdiagnose gibt fast immer gesunde Kinder oder solche mit parasyphilitischen Erscheinungen, mitunter, wenn auch sehr selten, syphilitische Kinder mit positiver Reaktion, mit oder ohne Erscheinungen.

Die väterliche Syphilis bei anscheinend gesunder Mutter und negativer Reaktion, ergibt nur parasyphilitische Erscheinungen oder gesunde Kinder.

Mit Bezug auf die ganze Familie ergibt die Wassermannsche Reaktion folgendes. Eine aktive väterliche und mütterliche Syphilis mit positiver Reaktion gibt fast immer beim Kinde eine aktive Syphilis mit positiver Reaktion. Eine latente väterliche und mütterliche Syphilis mit negativer Reaktion ergibt fast immer gesunde Kinder oder solche mit parasyphilitischen oder dystrophischen Erscheinungen. Die latente Lues des Vaters (negative Reaktion) und aktive der Mutter (positive Reaktion) ergibt fast immer ein Kind mit aktiver Syphilis und positiver Reaktion, seltener Dystrophien oder gesunde Kinder. Die aktive Syphilis des Vaters (positive Reaktion) und erloschene der Mutter (negative Reaktion) ergibt gesunde Kinder oder solche mit Parasyphilis oder Dystrophien (negative Reaktion). Es ist niemals beobachtet worden, daß ein aktiv syphilitischer Vater ein ebensolches Kind zeugen kann, ohne daß die Mutter zuvor infiziert worden wäre. Mit einem Worte, es ist die Mutter, welche die Bedingungen der hereditären Lues regelt.

Die Behandlung scheint die Resultate der Serumdiagnose nicht in konstanter Weise zu beeinflussen, und letztere liefert keinerlei sichere therapeutische Indikation. E. Toff (Braila).

Georges Railliet, Les vers intestinaux dans la pathologie infantile. (Thèse de Paris. 1911.) Das Kapitel der Eingeweidewürmer bei Kindern ist ein sehr wichtiges und trotzdem noch in manchen Beziehungen nicht gekannter Teil der Kinderheilkunde.

Die ausführliche. Arbeit des Verf.s ist also recht lesenswert und interessant.

Am häufigsten beobachtet man bei Kindern, wenigstens in den Pariser Klinken, den Trichocephalus, weniger häufig Oxyuris und seltener Askariden, während auf dem flachen Lande letztere Parasitenart am häufigsten zur Beobachtung gelangt.

Darmwürmer treten in Erscheinung durch mannigfache Symptome, und zwar 1. nervöse Störungen, die man früher als Reflexerscheinungen angesehen hat, die aber wahrscheinlich auf einer Toxiinfektion beruhen. 2. Kutane Störungen, wie Ekzeme und Hautjucken, namentlich unter der Form perianaler Läsionen, wie sie bei Oxyuris beobachtet werden. 3. Chirurgische Läsionen, wie Abszesse, Darmperforationen und Okklusionen, Tumoren. 4. Appendizitis infolge von in den Wurmfortsatz eingedrungenen Oxyuren. Die Krankheit kommt dadurch zustande, daß durch die Parasiten eine Infektion der Appendixwand hervorgerufen wird. Die einmal hier eingedrungenen Parasiten können durch Medikamente, selbst durch hohe Dosen von Thymol nicht getötet werden. 5. Wird noch eine Pseudoappendizitis, auf Askariden beruhend, beobachtet. 6. Gastro-intestinale Störungen kommen oft zur Beobachtung und beruhen meistens auf der Gegenwart von Bandwürmern oder Trichocephalus: Erbrechen, Enteritis, Dysenterie, chloriforme Erscheinungen. 7. Eingeweidewürmer können vorübergehendes oder lange andauerndes Fieber hervorrufen, welches auf vom Darme ausgehender Infektion beruht und typhösen oder septikämischen Typus annehmen kann. 8. Schwere Anämien kommen im Verlaufe von Wurmkrankheiten sehr oft zur Beobachtung und können selbst zum Tode führen. Namentlich ist es der Botriocephalus, ferner auch Trichocephalus und Anchylostomum, welche derartiges hervorrufen können. 9. Darmwürmer können in die Gallen- oder Pankreasgänge auswandern, auch in die Luftwege gelangen und hier tödliche Asphyxien hervorrufen. Die Diagnose beruht auf direktes Erkennen der Würmer oder ihrer Eier. **E. Toff (Braila.)**

Ardin-Delteil und **Max Coudray,** Die ersten in Frankreich beobachteten Fälle von Spondylitis typhosa. — Ein Fall von infantiler Spondylitis typhosa. (Le Progrès médical 1911. Nr. 32.) Von dem 1889 erstmals von Gibney als „typhoid spine" beschriebenen und seitdem in Deutschland — durch Quincke und Klein —, England, Amerika sehr wohl, in Frankreich bis jetzt so gut wie unbekannten Krankheitsbild werden nunmehr die beiden ersten Fälle aus Frankreich mitgeteilt, und zwar, ein eigenartiger Zufall, beide aus Algier, wo sie fast zu gleicher Zeit zur Beobachtung kamen, der eine in der chirurgischen Kinderklinik von Prof. Curtillet, der andere auf der Kinderabteilung der medizinischen Klinik. Der von Bourdisch Potter in der Pariser Soc. méd. des hôp. (24. Juni 1910) vorgestellte Fall ist nicht in Frankreich beobachtet worden. Seit dem Jahre 1909, wo sie von Halpenny auf 72 Fälle berechnet wurde, ist die Kasuistik durch die zwei französischen auf 97 gestiegen, eine so kleine Zahl, daß der Versuch dieser Aufstellung des Prozentsatzes vorläufig sich erübrigt.

Diese Seltenheit ist noch ausgesprochener im Kindesalter, und es fehlt nicht an Autoren, nach denen die Spondilitis typhosa in diesem Alter überhaupt nicht zur Beobachtung kommt. Und in der Tat, bis jetzt bleibt diese Lokalisation des Eberthschen Bazillus im Kindesalter exzeptionell. Indes, sie existiert. Die angekündigte Beobachtung zeigt sogar peremptorisch, daß es nicht unmöglich ist, sie vor der Pubertät zu treffen. Wie sollte es denn auch anders sein in einem Alter, wo das Knochensystem mit seinem Aktivitätsmaximum, durch den Reichtum seiner Gefäßbildung dem Eberthschen Bazillus einen Prädilektionsort bietet? Hat man nicht schon seit langem beim Kinde die Häufigkeit gewisser Knochenkomplikationen beim Typhus verzeichnet: die Osteomyelitis der langen Knochen z. B.? Warum sollte es mit der Spondylitis typhosa nicht ebenso sein können? Aber in diesem Alter bietet die Erkennung der Affektion große Schwierigkeiten, die sie maskierenden Krankheiten sind zahlreich, ihre Kenntnis verbreiteter als diejenige des typhoid spine: so bleibt die Diagnose gerne bei einer von ihnen (Lumbago, Neuralgia lumboabdominalis, Malum Potti lumbalis z. B.) stehen, und häufig verkennt man die wahre Pathogenese des beobachteten Symptomenkomplexes, die Lokalisation des Eberthschen Bazillus in der Wirbelsäule. Kein Zweifel, daß derartige Fälle mit der besseren Kenntnis häufiger erkannt werden.

Der angezeigte Fall bezieht sich auf einen 12jährigen Knaben. Er erkrankte am achten Tage der Rekonvaleszenz, die eingetreten war am fünfzigsten Tag, eines durch den positiven Ausfall der Widalschen Reaktion und der Blutkultur bestätigten schweren atoxoadynamischen, durch mannigfache alarmierende Symptome komplizierten Typhus, und zwar mit heftigen Schmerzen in der Lendengegend rechts, bei gleichzeitigem Anstieg der bis dahin normalen Temperatur. Am nächsten Tag etwas weniger lebhaft, zeigen diese Schmerzen in der Folge Paroxysmen von äußerster Heftigkeit, die drei- bis viermal am Tage kommen und stundenlang anhalten. Das Schmerzgebiet wird dargestellt von einem Viereck, das begrenzt ist oben durch die 12 Rippen, unten durch die Crista ilei, nach innen von der Lendenwirbelsäule, vom zwölften Dorsalwirbel inkl. bis zum Kreuzbein, nach außen sind die Grenzen weniger scharf, und in der Mittellinie des Bauches hört der Schmerz auf. Äußerst lebhaft in diesem ganzen Bezirk, strahlt er bis in den rechten Ober- und Unterschenkel aus. Im Bereich dieses Viereckes besteht eine ganz außerordentliche Hauthyperästhesie. Der Druck auf die Muskeln ist ebenfalls sehr schmerzhaft, aber an der Lendenwirbelsäule und hauptsächlich in der den rechtsseitigen Querfortsätzen entsprechenden Region erreicht der Schmerz seinen Höhepunkt. Diese Hyperästhesie gegen Berührung und Druck ist, wenn auch in geringerem Maß, an den Oberschenkeln vorhanden, namentlich ganz oben im Gebiet des zweiten Lendenwirbels und weniger stark auch in den anderen Teilen des rechten Beines. Die ganze Gegend ist steif und gespannt; die Muskeln sind kontrahiert, besonders in der rechten regio paravertebralis; aber keine Schwellung, keine Rötung. Die Bewegungsfähigkeit der Wirbelsäule ist aufgehoben; beim Sitzen dreht sich das

Kind in einem fort auf den Sitzbeinhöckern, die Wirbelsäule selbst bleibt fixiert, immobilisiert durch die starke Kontraktur der Muskelmassen. Jede Beugung, auch die allerkleinste, des Rumpfes gegen die Beine ruft denselben Schmerz in den Lendenwirbeln hervor. Ein senkrecht auf den Kopf ausgeübter Druck erzeugt, während der Kranke auf den Sitzbeinhöckern sitzt, durch Contre-coup den Lendenschmerz. Dagegen sind die Bewegungen der oberen und unteren Gliedmaßen nicht schmerzhaft: keine Ankylose der coxo-femoralen und scapulo-humeralen Gelenke. Bei gutem Allgemeinzustand hält dieser Status mit Auf- und Abwärtsschwankungen, denen auch die Temperaturbewegungen entsprechen, 22 Tage an, vom 30. Dezember bis zum 21. Januar. An diesem Tage sind die Schmerzen verschwunden, die Temperatur normal. So bleibt die Situation 3 Tage. Dann Wiederkehr der Schmerzen und dementsprechender Temperaturanstieg. Die ersteren lassen zwar nach in den nächsten Tagen, indes die Muskelkontraktur dauert an und führt, trotz Bettruhe, zu einer Inkurvation der Wirbelsäule, und als das Kind sich am 29. Januar erheben sollte, konstatierte man eine ganz starke Skoliose, eine doppelte Krümmung der Wirbelsäule, eine lumbale, nach rechts konkave und eine dorsale, richtige Kompensationsskoliose mit einer nach links offenen Konkavität. Die Rotationsbewegungen der Wirbelsäule sind aufgehoben, und sobald das Kind eine halbe Drehung machen will, behält es seine steife Haltung. Die Lendenwirbel erscheinen untereinander verlötet, der Druck auf dieselben ist stets schmerzhaft; die Bewegungen der unteren und oberen Gliedmaßen sind frei. 43 Tage nach seinem Auftreten ist der Schmerz verschwunden, mit ihm auch die Muskelkontraktur und die konsekutive Skoliose, die Temperatur ist zur Norm herabgegangen. Von nun ab schnelle Rekonvaleszenz, nur erinnern zeitweise noch in der Wirbelsäule auftretende, von Temperatursteigerung und Pulsbeschleunigung begleitete Schmerzen an das Vorausgegangene.

Eine nach dem Verschwinden der Skoliose aufgenommene Radiographie zeigte an der Wirbelsäule nichts Abnormes. Anfangs März wird das Kind, das seit 3 Wochen völlig schmerzfrei geworden, mit frei beweglicher, normal gekrümmter Wirbelsäule entlassen.

In klaren epikritischen Ausführungen wird die Ätiologie dieser Spondylitis diskutiert und, unter Berufung auf die Arbeiten von Quincke und Frenkel, überzeugend der Nachweis erbracht, daß die Wirbelerkrankung zurückzuführen ist nicht auf eine Sekundärinfektion (mit Staphylokokken, Kochschem Bazillus usw.), sondern auf eine Lokalisation des Typhusbazillus in den Lendenwirbeln.

In Summa — eine klassische Beobachtung von Spondylitis typhosa — diese aufgetreten bei einem Kind, im Verlauf eines schweren Typhus, begleitet von einer Rekrudeszenz der Temperatur, die an ein Rezidiv des Typhus, in Verbindung mit der Knochenkomplikation hätte denken lassen können, gekennzeichnet durch eine nach Form wie Grad recht seltene Deviation der Lendenwirbelsäule, die Lokalisation des Typhusbazillus in dieser gesetzt, wie nach dem negativen Ergebnis der Blutkultur vom 3. Januar angenommen werden darf, schon auf der Höhe des Typhus, als noch

die positive Hämokultur den Eberthschen Bazillus im Blute zirkulierend nachwies. H. Netter (Pforzheim).

Chatelin, Spasmus glottidis und Tetanie zusammen mit Thymushypertrophie. (Bull. Soc. de Péd. de Paris. 1911. April.) Das Kind kam zur Aufnahme wegen heftigen Glottiskrampfes, es war außerdem rachitisch und bot die charakteristischen Zeichen der Tetanie. Auf Thymushypertrophie wies kein klinisches Zeichen hin. Nach 48stündigem Aufenthalt Exitus. Die 25 g schwere Thymus drängte sich bis über die Schlüsselbeine vor. Die Glandul. parathyroid. wiesen apoplektiforme Veränderungen auf.

Der Fall scheint die Ansicht zu stützen, welche die Thymushypertrophie eine Rolle in der Pathogenese des Glottisspasmus spielen läßt. H. Netter (Pforzheim).

Hustin, Angeborener Mangel von Rektum und Anus. (Annales de la Soc. Belge de Chir. 1911. 25. März. Journal méd. de Bruxelles 1911. Nr. 30.) Die Operation wurde dreizeitig ausgeführt (perineale Sigmoïdostomie), 24 Stunden nach der Geburt. 30 Stunden post operat. Exit. let. infolge einer Bronchopneumonie, zu der eine bereits vor der Operation vorhanden gewesene Lungenkongestion sich entwickelt hatte. H. Netter (Pforzheim).

Durante, Ein Fall von Infarkt der Hälfte der Leber nach einer Nabelinfektion. (Compt. rend. Soc. d'Obstétr. de Paris 1911. 15. Juni.) Bei einem an Nabelerysipel erkrankten Kinde hat D. eine seltene Veränderung der Leber notiert. Infolge der Nabelinfektion war es zu Phlebitis mit Thrombose des linken Astes der Vena portae und Leberinfarkt gekommen. Die verdickten arteriellen und venösen Gefäße waren von einem dicken, rahmigen Eiter einschließenden, hyperämischen Bindegewebe umgeben. Die Disposition des Infarktes zeigt das Verteilungsgebiet des linken und rechten Astes der Vena portae an, und es läßt sich bei dem Kinde sehen, daß das Lig. falciforme nicht äußerlich die Grenzen bezeichnet, indem der linke Zweig etwas nach rechts auf den vorderen Rand, der rechte Zweig dagegen nach links auf den hinteren Rand übergreift.
H. Netter (Pforzheim).

N. Percey Marsh, Pylorusstenose in der Kindheit. Mit Bemerkungen über die Indikationen zur operativen Behandlung von Keith W. Monsarrat. (Brit. Journ. of Childr. dis. 1911. Februar.) Von den sechs, klinisch nichts Bemerkenswertes bietenden Fällen waren 5 Knaben und 5 Brustkinder. Das Erbrechen begann in der zweiten bis vierten Woche, bei dem künstlich ernährten Kind schon am zweiten Lebenstag. Von den fünf intern behandelten Kindern (u. a. auch mit kontinuierlicher rektaler NaCl-Irrigation) wurden vier geheilt, eines starb in der Rekonvaleszenz unvermutet an „Herzschwäche oder irgend einer anderen, nicht bestimmbaren Ursache". Ein in der sechsten Woche operiertes Kind (Gastroenterostomia posterior) genas.

Hat die interne Behandlung nach 7—10 Tagen versagt, so ist operatives Vorgehen angezeigt. H. Netter (Pforzheim).

C. F. Marshall, Bemerkungen zur Behandlung der angeborenen Syphilis mit Arsenobenzol („606"). (Brit. Journ. of Childr. dis. 1911. März.) Diese Bemerkungen bilden eine heftige Anklagerede gegen 606. Der Autor erinnert an all die gegen die Anwendung des Arsenobenzols bei der Behandlung der Syphilis der Erwachsenen formulierten Kritiken und behauptet seinerseits, daß die neue Medikation bei den Erbsyphilitischen nicht wirksam ist, welches immer seine Anwendungsweise, direkt oder indirekt, sei. Nach seiner Ansicht sind all die Gefahren, welche das Arsenobenzol bietet, noch nicht bekannt. Übrigens liegt, seine Unschädlichkeit einmal angenommen, zurzeit gar kein Grund zu seiner Anwendung bei der hereditären Syphilis vor. M. geht noch weiter und sagt voraus, daß eine Verallgemeinerung der Behandlung mit 606, an Stelle der alten Quecksilbermethode, in einer Vermehrung und Verschlimmerung der spezifischen Tertiärerscheinungen erworben oder ererbt, endigen wird. Die Kindersterblichkeit, statt zu sinken, wird nur steigen.

H. Netter (Pforzheim).

Herbert J. Paterson, Vereiterte Ovarialzyste bei einem 10jährigen Mädchen, wahrscheinlich infiziert durch Einführung von Haarnadeln in die Scheide. (Brit. Journ. of Childr. dis. 1911. Juli.) Die Ovarialzyste ist eine seltene Affektion beim Kinde. Bland Sutton hat 1896 nur 79 Fälle publiziert, von denen 41 einfache Zysten oder Adenome und 38 Dermoidzysten waren. P. konnte 38 weitere sammeln, darunter 15 Dermoide. Zur Torsion kam es nur in 4 Fällen; die Eiterung ist sehr selten, sie wurde im ganzen nur dreimal erwähnt gefunden. Zwei Kinder wurden als appendizitiskrank betrachtet und als solche operiert. Derselbe Irrtum wurde auch in dem Falle von P. begangen.

Der Kranke wurde erstmals 1902 wegen einer tuberkulösen Peritonitis im Hospital behandelt. 18 Monate kam sie wieder zur Aufnahme, dieses Mal wurde die Diagnose auf eitrige Appendizitis gestellt. In der Tat wurde über Schmerzen in der rechten Fossa iliaca geklagt, die Temperatur zeigte starke Schwankungen. Die daraufhin gemachte Operation schien diese Diagnose zu bestätigen: die entzündete geschwollene Appendix war an der Beckenwand adhärent und enthielt Eiter. Während eines Tages schien nach diesem Eingriff der Zustand sogar gebessert, aber die für einen Augenblick gesunkene Temperatur zeigte von neuem starke Bewegungen, so daß ein anderer Prozeß nicht zweifelhaft war.

Bei der Untersuchung in Narkose wurden nun in der Vagina die abgerundeten Enden von zwei Haarnadeln gefunden, deren Spitzen tief in den Douglasschen Raum eingebohrt waren. Die Herkunft der Nadeln konnte nicht aufgeklärt werden. Da die Temperatur nach deren Exstirpation hoch blieb, wurde eine zweite Laparotomie gemacht, dreimal median und subumbilikal. Hierbei wurde eine überall mit dem Darm verwachsene, vereiterte Ovarialzyste gefunden. P. hält es für wahrscheinlich, daß die Eiterung durch die Anwesenheit der Fremdkörper in der Vagina hervorgerufen war. Hinsichtlich der Appendizitis ist es schwierig zu sagen, ob dieselbe primär war

oder sekundär der Beckeneiterung gefolgt ist. P. neigt zu letzterer Annahme. H. Netter (Pforzheim).

G. J. Miller, Eingeklemmte Leistenhernie bei einem 8wöchigen Kinde. (The Postgraduate 1911. März.) Der Beginn der Einklemmung lag 28 Stunden zurück. Bei der Operation fand sich in dem verdickten Bruchsack das Epiploon, das ein Divertikal des Dünndarms umschloß. Heilung nach einer Woche. H. Netter (Pforzheim).

G. Finizio, Familiäre Anaphylaxie für die Kuhmilch; Versuch einer antianaphylaktischen Therapie. (Pediatr. 1911. Nr. 9.) F. berichtet über 2 Geschwisterpaare mit ausgesprochener Überempfindlichkeit gegen Kuhmilch; in 3 Fällen handelte es sich um eine angeborene Störung, während 1 Kind früher Milch vertragen hatte. Schon kleine und kleinste Mengen (40, 40, 100—120, 20 g) genügten zur Auslösung der anaphylaktischen Symptome innerhalb 2—3 Stunden. Das erste Symptom war stets Erbrechen, in 3 Fällen kam es zu nervösen Erscheinungen (Hypertonie, Tetanie, Konvulsionen). In 2 Fällen traten Temperaturen von 38° bzw. 39° auf. Die Symptome verschwanden ebenso rasch, wie sie gekommen waren. Die Überempfindlichkeit dauerte in 2 Fällen 6—7 Monate, das dritte Kind starb nach 2 Monaten, das vierte hatte nach 2 Monaten keine Anfälle mehr. Im Blute von zwei darauf untersuchten Kindern fand sich während und nach dem Anfall ausgesprochene Präzipitationreaktion gegen Kuhmilch, und bei einem davon auch Verminderung des Komplementgehalts des Serums. Die Ursache der Anaphylaxie ist wohl nicht in der Milch, sondern in einer individuellen Hypersensibilität zu suchen; Beachtung verdient hier, daß bei dem ersten Paar Alkoholismus des Vaters, bei dem zweiten Tuberkulose in der Familie bestand. Eine kongenitale Disposition werden wir auch in dem einen Falle annehmen dürfen, wo die Kuhmilch 2—3 Monate lang gut ertragen wurde. Ausgehend von der Möglichkeit, daß die Ursache der Anaphylaxie in einer Insuffizienz der Verdauung mit Ubertritt heterogenen Eiweißes ins Blut beruht, versuchte F., dem vierten Kinde Milch zu verabreichen, der Pepsin. und Pancreatin. solub. Merck (āā 0,5 auf 100 ccm) zugesetzt, und die dann 30 Minuten bei 35° vorverdaut wurde. Ein Erfolg war nicht festzustellen. Dagegen gelang es, das Kind unempfindlich zu machen, indem F. ihm 3 Tage lang lediglich Kuhmilchserum gab; vom vierten Tag an wurde Milch in langsam steigender Dosis gut ertragen. M. Kaufmann.

G. B. Allaria, Die Wassermannsche Reaktion bei chronischem Hydrocephalus internus. (Riv. di Clin. ped. 1911. Nr. 10.) Während für die angeborene Form des chronischen Hydrocephalus internus fast Einmütigkeit über die ätiologische Bedeutung der hereditären Lues herrscht, ist ein Zusammenhang der erworbenen Form mit der Heredosyphilis viel weniger sicher. F. versuchte eine Klärung der Frage durch Verwendung der Wassermannschen Probe, die er bei 6 Fällen der kongenitalen und 5 der erworbenen Form anstellte. In 9 Fällen war die Probe negativ, nur in 2, je einem der

beiden Kategorien positiv. Daraus will F. nun allerdings nicht folgern, daß die Lues meist nicht in der Ätiologie der Affektion wichtig ist, will die Probe vielmehr nur als ein diagnostisches Hilfsmittel unter vielen betrachten, das für sich allein nicht ausschlaggebend sein kann. M. Kaufmann.

G. Fiore und **U. Franchetti,** Beitrag zum Studium der Thymusinvolution. (Riv. di Clin. ped. 1911. Nr. 10.) Wenn man ganz jungen Ratten oder Kaninchen wiederholt kleine Dosen von Blutserum ganz ausgewachsener Tiere (mit verschwundener Thymus) injiziert, so findet man bei ihnen regelmäßig eine ganz beträchtliche Verkleinerung der Thymus; umgekehrt scheint das Serum von noch nicht ganz erwachsenen Tieren, deren Thymus noch funktioniert, bei ganz jungen Tieren eher eine Vergrößerung der Thymus zu bewirken. Parallel mit dieser Verkleinerung bzw. Vergrößerung der Thymus findet man auch eine Verzögerung bzw. Förderung des Ossifikationsprozesses den Kontrolltieren gegenüber. Bei den Ratten kam es zusammen mit der Verkleinerung der Thymus zu einer ausgeprägten Verschlechterung der Skelettentwicklung sowie der gesamten körperlichen Entwicklung. M. Kaufmann.

L. M. Spolverini, Die azidophile Bakteriotherapie bei den Magendarmaffektionen der Kinder. (Riv. di Clin. ped. 1911.) S. prüfte bei den Kindern einerseits saure Milchpräparate, von denen bei uns der Yoghurt das bekannteste ist, andererseits die verschiedensten Fermentpräparate, von denen man bei uns in weiteren Kreisen wohl nur das Metschnikoffsche Laktobazillin kennt. Sein Material teilt er in 3 Kategorien ein: 1. Lebensschwache Kinder der ersten Lebenstage bzw. -monate, die bestimmt zu sein schienen, der geringsten Unregelmäßigkeit zu erliegen. Es handelt sich hier um 9 luetische und 20 nichtluetische Kinder. Die Resultate waren hier nicht gut, 27 der Kinder starben innerhalb des ersten Vierteljahrs, und zwar erwiesen sich diejenigen, die neben den Fermenten gekochte Milch erhielten, als widerstandsschwächer als die mit roher Milch Gefütterten. Aber auch bei diesen Kindern war eine günstige Einwirkung auf die Beschaffenheit des Fäzes nicht zu erkennen. 2. Kinder zwischen 2—5 Jahren mit akuten und subakuten Störungen. Hier wurde zuerst die gewöhnliche Kur durchgeführt, und dann entweder mit Milch das Ferment oder statt ihrer die saure Milch gegeben. Die Genesung der (13) Kinder schien in diesen Fällen eher nach relativ kurzer Zeit einzutreten, und die Fäzes wurden relativ rasch normal. 3. Kinder mit chronischen Affektionen. Auch hier wurden die gewöhnlichen Behandlungsmethoden neben der Fermenttherapie angewendet. Schon nach wenigen Tagen pflegte der Meteorismus geringer, die Fäzes weniger übelriechend, normaler gefärbt und weniger häufig zu werden; die Resultate traten prompter und deutlicher ein, wenn saure Milch als wenn Fermente gegeben wurden. In den meisten der (19) Fälle war das definitive Resultat ein gutes. Besonders auffallend war, daß Kinder, besonders solche mit komplizierender Rachitis oder Tetanie, die vorher keine Spur Kuhmilch ertrugen, nach derselben mit Milch gut gediehen. Sobald die Fäzes

normale wurden, wurde die Sterkobilinreaktion positiv; sie erwies sich als ein besseres Kriterium für die Besserung als das Verschwinden des Indikans aus dem Harn. M. Kaufmann.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

3. internationaler Kongreß für Säuglingsschutz.

Berlin, 11.—15. September 1911.

(Schluß.)

Abteilung IIIa: Vormundschaftswesen.

Referat. **Die internationalen Beziehungen im Vormundschaftswesen und die Haager Konvention.** Horn (Paris): Im Gegensatz zu Reicher und Naegeli empfiehlt er die Beibehaltung des Nationalprinzips der Haager Konvention vom 12. Juni 1902. Das Wohnsitzprinzip ist in keiner Weise geeignet, die Rechtslage der unehelichen Kinder zu verbessern; die Annahme dieses Prinzips führt im Gegenteil zur Schutzlosigkeit. Sehr empfehlenswert ist die Gründung einer internationalen Auskunftszentrale.

Referat. **Die Rechtsstellung des unehelichen Kindes in den wichtigsten europäischen Ländern.** Meister (Frankfurt a. M.): Die Staaten, die nur das System der Anerkennung haben, sollten es durch das System der Unterhaltsklage ergänzen. Die Exceptio plurium concumbentium müsse fallen. Überall soll die Rechtsvertretung des unehelichen Kindes nicht der Kindesmutter, sondern einem erfahrenen und unabhängigen Vormund, am besten einem Berufsvormund, übertragen werden.

Referat. **Rechtsverfolgung der Ansprüche unehelicher Kinder im Ausland.** Engel (Budapest): Der Rechtsanspruch unehelicher Kinder muß auch im Ausland verfolgt werden, wofür eine Zentralstelle geschaffen werden müsse. Zweckmäßig sei das „Archiv deutscher Berufsvormünder" in Frankfurt a. M. zu einer internationalen Auskunftstelle über alle Fragen des Kinderschutzes auszugestalten.

Genersich (Klausenburg): **Die amtlichen Nachforschungen über das Schicksal der unehelichen Säuglinge.** Trotz des staatlichen umfassenden Kinderschutzes in Ungarn hat die praktische Durchführung mit großen Schwiriegkeiten zu kämpfen. Das Schicksal eines großen Prozentsatzes unehelicher Kinder entzieht sich der Nachforschung. Durch Zusammenarbeiten von Kinderasylen, Polizei und Waisenstühlen sei die restlose praktische Verwirklichung des vom Gesetz angestrebten Kinderschutzes zu verwirklichen.

Referat. **Findelwesen.** Riether (Wien): Die österreichischen Findelanstalten haben sich den Anforderungen der Gegenwart entsprechend umgestaltet. Sie nehmen zwar alle Bedürftigen auf, erheben aber sofort Familien- und Vermögensverhältnisse und ziehen die Unterhaltspflichtigen zur Beitragsleistung heran. Im Findelhaus werden nur die Kranken oder sonst nicht abgebbaren Säuglinge verpflegt, und zwar von der Mutter gestillt, die Gesunden werden in ländlichen Familien untergebracht. Für die erhöhten Pflegebedürftigen sind besondere Zweiganstalten auf dem Lande (Kinderheime) vorhanden. Ärzte und Heilmittel für die Kinder sind unentgeltlich. Die Wiener Findelanstalt hat seit ihrer Errichtung im Jahre 1784 nicht weniger als 731 242 Kinder aufgenommen und versorgt. Die Sterblichkeit der Kinder, welche im Beginn bis zu 50% betrug, ist gegenwärtig auf 6% gesunken.

Referat. **Fürsorge für Pflegekinder und uneheliche Kinder.** a) Samter (Charlottenburg): Die Überwachung geschieht am besten durch berufsmäßig tätige,

gut vorgebildete weibliche Personen. Eine mehrfache gleichzeitige Überwachung durch verschiedene Stellen ist tunlichst zu vermeiden. Die Pflegestellen sind sorgsam auszuwählen, und Familien, in denen ansteckende Kranke sind, auszuschließen. Damit die Aufsicht über die unehelichen Kinder möglichst früh und vollständig einsetzen kann, empfiehlt sich eine Verbindung der überwachenden Stelle mit Standesämtern, Entbindungsanstaltan und Einwohnermeldeämtern.

b) Frau Zanetti (Southmanchester): Das Aufziehen von Kindern gegen Entgelt war bis 1872 in England nicht geregelt. Im Jahre 1908 wurde der große „Children tact" Gesetz, wonach alle Personen, welche Kinder gegen Bezahlung in Pflege nehmen, dies innerhalb 48 Stunden der Vormundschaftsbehörde anzuzeigen haben. Diese hat einen Inspektor zu bestellen, welcher die Fälle zu überwachen und den Pflegern Ratschläge zu erteilen hat. Die Pflegemutter ist verpflichtet, von jedem Wohnungswechsel und von der Abgabe des Kindes sofort Meldung zu machen. Falls der Säugling stirbt, muß die Mutter den Vormündern innerhalb 48 Stunden Mitteilung machen und dem Totenschauer innerhalb 24 Stunden. Personen, welche Kinder gegen Entgelt in Pflege nehmen, ist es verboten, das Leben dieser Kinder zu versichern, eine ausgezeichnete Vorsichtsmaßregel gegen absichtliche Vernachlässigung.

IV. Abteilung: Statistik.

Referat. **Morbidität, Mortalität und Geburtenziffer in den verschiedenen Ländern.** Falkenberg (Amsterdam): In allen europäischen Ländern mit Ausnahme von Rumänien, Bulgarien und Rußland sind die Geburtsziffern seit 1871—1880 stark gefallen. Bedeutend größer war der Rückgang der allgemeinen Sterblichkeit in allen Ländern mit Ausnahme von Irland und Frankreich. Das Sinken der Säuglingssterblichkeit steht hinter dem Sinken der allgemeinen Sterblichkeit bedeutend zurück in allen Ländern mit Ausnahme von Württemberg, Baden, Frankreich, Schweiz, Schweden, Norwegen. Die Lebensaussichten der Eltern haben also verhältnismäßig mehr zugenommen als die Lebensaussichten der Säuglinge. Am größten ist augenblicklich die Säuglingssterblichkeit in Osteuropa, am geringsten in Westeuropa. Die deutschen Länder nehmen in der Reihe eine ungünstige Stellung ein.

Diskussion. v. Mayr (München): Die sogenannte „Auslesetheorie" zur Erklärung der Säuglingssterblichkeit muß als abgetan gelten; es findet eine Vernichtung der Lebenstüchtigen statt. Ein Parallelismus zwischen Geburtenziffer und Sterbeziffer sei nicht zu verkennen. — Kuszynski (Schöneberg): Diesen Parallelismus zu beweisen, sei sehr schwierig, weil eine Vergleichsmöglichkeit zwischen Geburten- und Sterbeziffern noch nicht gegeben sei.

Behla (Berlin): **Über den Rückgang der allgemeinen Säuglingssterblichkeit im preußischen Staat von 1876—1910, sowie über die Säuglingssterblichkeit in den Provinzen, Regierungsbezirken und Kreisen Preußens 1910 und 1904.**

Bernheim-Karrer (Zürich): **Die Säuglingssterblichkeit in der Schweiz.** In der Mehrzahl der Schweizer Städte fehlt der Sommergipfel der Säuglingssterblichkeit. Die Sommersterblichkeit wird zumeist von der Frühlings- und Wintersterblichkeit übertroffen.

Thomescou (Bukarest): **Die Ursachen der Säuglingssterblichkeit in Rumänien.** Trotz hoher Geburtsziffer ist in Rumänien die Säuglingssterblichkeit gering.

Referat. **Statistik der Erfolge von Fürsorgemaßnahmen.** a) Landsberg (Magdeburg): Bei Betrachtung der Sterblichkeit der in Fürsorge befindlichen Kinder darf nicht das Eintrittsalter außer acht gelassen werden; das jüngste Alter mit seiner großen Sterblichkeit fehlt gewöhnlich unter den Fürsorgesäuglingen. Ferner ist für die Bewertung der Erfolge die Zeitdauer, während welcher die Kinder in Fürsorge standen, zu berücksichtigen. Bei der Betrachtung der Kindersterblichkeit nach ehelicher und unehelicher Geburt muß der Vorgang der Legitimation berücksichtigt werden. Die legitimiert Gestorbenen sind in den unehelich Geborenen enthalten, fehlen aber unter den unehelich Gestorbenen.

b) Tugendreich (Berlin): Es ist sehr schwierig, den Erfolg sozialer Maßnahmen exakt nachzuweisen. Auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe wirken sehr verschiedene soziale Schädlichkeiten und soziale Heilmittel ein. Die Möglichkeit des reinen therapeutischen Experimentes ist selten gegeben. Die Erfolge

aller Säuglingsfürsorge müssen an der Morbidität und Mortalität gemessen werden. Die indirekte oder bevölkerungsstatistische Methode bringt den Gang der allgemeinen Säuglingssterblichkeit in Zusammenhang mit einer bestimmten sozialen Maßnahme. Diese Methode führt leicht zu Irrschlüssen. Die direkte betrachtet die Gesundheitsverhältnisse der einer bestimmten Einrichtung unterstellten Säuglinge. Für die Erklärung von Mißerfolgen ist zu beachten, daß eine Einrichtung, die ihre Klientel aufs günstigste beeinflußt, deshalb die allgemeine Säuglingssterblichkeit nicht beeinflussen kann, weil die Zahl der von ihr versorgten Säuglinge zu klein ist.

Zahn (München): **Stand der Säuglingsfürsorge in Bayern.** Schilderung der gegenwärtigen Säuglingssterblichkeit und der Fürsorgemaßnahmen in Bayern.

Referat. **Über die Schaffung eines einheitlichen Schemas für vergleichende internationale Säuglingssterblichkeitsstatistik.** Badtke (Charlottenburg): Das internationale Vorgehen sollte sich erstrecken auf die Auszählung der gestorbenen Säuglinge nach Legitimität, Geschlecht, Todesursachen, nach Altersklassen und auf die Ernährung der lebenden wie der gestorbenen Säuglinge. Für eine internationale Statistik darf man die Forderungen nicht zu hoch schrauben. Subtilere Untersuchungen über die Säuglingssterblichkeit werden nach wie vor den statistischen Ämtern der Städte überlassen werden müssen.

Der nächste Kongreß findet im Jahre 1915 im Haag statt.

IV. Neue Bücher.

A. P. Gundobin. **Die Besonderheiten des Kindesalters.** Übersetzt von Dr. S. Rubinstein. Berlin, Allgem. mediz. Verlagsanstalt. Preis: 12 Mk.

Unser verehrter Mitarbeiter hat sich hier einer dankenswerten Aufgabe unterzogen, indem er uns die Arbeiten G.s, die die deutschen Ärzte bisher wenig kannten, in einer — wie wir gleich hervorheben wollen — recht guten Übersetzung zugänglich gemacht hat. Die Grundlage des Verständnisses für die Kinderkrankheiten kann nur durch genaue Kenntnis der anatomischen und physiologischen Besonderheiten des Kindesalters geschaffen werden; die Erforschung dieser Besonderheiten hatte sich G. speziell zur Lebensaufgabe gemacht, und wir finden in dem vorliegenden Buche die Früchte dieser langjährigen Arbeit vereinigt. Das Werk wird daher sicherlich bei allen Kinderärzten freudige Aufnahme finden; sie finden darin so viel des Interessanten und Lehrreichen, daß sie die Anschaffung nicht bereuen werden. Grätzer.

H. Ploss. **Das Kind in Brauch und Sitte der Völker.** 3. Auflage. I. Band. Leipzig, Th. Griebens Verlag. Preis: 12 Mk.

Eine ungeheure Arbeit ist in diesen „völkerkundlichen Studien" niedergelegt, die Dr. phil. B. Benz für diese 3. Auflage umgearbeitet und stark vermehrt hat. Jeden Pädiater müssen diese Studien lebhaft interessieren, vor allem die „medizinischen" Kapitel, wie: „Das Kind im Mutterschoß", „Die erste Hautpflege des Kindes", „Die Ernährung des Kindes in seinen ersten Lebensjahren", „Das kranke Kind" usw. 230 Abbildungen im Text illustrieren diesen aufs beste. Grätzer.

v. Pirquet. **Masern.** — Th. Escherich und B. Schick. **Scharlach.** Wien und Leipzig, A. Hölder.

An Erfahrungen auf den betreffenden Gebieten reiche Autoren übermitteln diese ihren Kollegen und werden in ihnen ein dankbares Publikum finden. Gehören doch Masern und Scharlach so zu sagen zum täglichen Brote des Arztes, der diese Krankheiten ganz genau kennen muß, wenn er in der Praxis nicht Fiasko erleiden will. Die beiden Monographien sind Teile der Nothnagelschen „Spez. Pathologie und Therapie", sind aber in sich völlig abgeschlossen. Beide bringen recht eingehende Schilderungen der betreffenden Krankheiten, so daß alle Fragen, die dem Praktiker aufstoßen, diskutiert werden. Abbildungen, Kurven usw. ergänzen den Text aufs beste. Grätzer.

H. A. L. Degener. **Unsere Zeitgenossen. Wer ist's?** Biographien nebst Bibliographien. Angaben über Herkunft, Familie, Lebenslauf, Werke, Lieblingsbeschäftigungen, Parteiangehörigkeit, Mitgliedschaft bei Gesellschaften, Adressen.| Andere Mitteilungen von allgemeinem Interesse. 5. Ausgabe. Vollkommen neu bearbeitet und wesentlich erweitert. Leipzig 1911. 12,50 Mk.

In einem stattlichen Lexikonband bringt der „Degener" etwa 20000 Biographien bedeutender, vor allem deutschsprachiger Zeitgenossen, ferner etwa 3200 häufiger vorkommende Pseudonyme, die Oberhäupter der Staaten und europäischen Fürstenfamilien, ferner die hauptsächlichsten Bildungsstätten des Geistes (wie Universitäten, Hochschulen, Lyzeen, Bibliotheken, Archive, Sammlungen und Museen, Akademien und Gelehrte Gesellschaften). Die Biographien beruhen meistens auf Selbstangaben, haben also Anspruch auf Zuverlässigkeit. Dank einer sehr zweckmäßigen Abkürzungsmethode ist es möglich gewesen, auf den kleinsten Raum spaltenlange Artikel zusammenzuziehen und doch ein klares Bild zu geben über Namen, Titel, Geburtstag, Geburtsort, Abstammung, Familie, Lebenslauf, Werke, Adressen usw. Ein ziemlich umfangreicher Nekrolog nennt noch diejenigen, die seit der vorhergehenden Ausgabe gestorben sind. — Die Angaben über Mediziner und Naturforscher sind, wie uns mehrfache Stichproben gelehrt haben, vollständig und zutreffend. Wir können das ausgezeichnete Werk jedem Kollegen aufs wärmste zur Anschaffung empfehlen, auch als Wartezimmerlektüre. — So kündigte kürzlich Prof. Schwalbe die neue Ausgabe des Werkes in der „Deutschen med. Wochenschrift" an. Wir können das Urteil durchaus bestätigen. Wir nehmen das Buch gern zur Hand, wenn wir uns über diese oder jene Persönlichkeit genauer orientieren wollen, und erhalten in der Regel zuverlässige Auskunft. Grätzer.

V. Monats-Chronik.

Der 29. deutsche Kongreß für innere Medizin findet vom 15. bis 18. April 1912 in Wiesbaden statt unter dem Präsidium des Geheimrats Prof. Dr. Stintzing (Jena). Das Hauptthema, welches am ersten Sitzungstage Montag, den 15. April 1912 zur Verhandlung kommt, ist: Das Röntgenverfahren im Dienste der Erkennung und Behandlung der Magendarmerkrankungen. Referent ist H. Rieder (München). Zu dem Thema haben noch Vorträge zugesagt: Prof. R. Magnus (Utrecht): Die experimentellen Grundlagen der Röntgenuntersuchung des Magendarmkanales und Prof. Quervain (Basel): Chirurgische Erfahrungen mit der Radiologie des Magendarmkanales.

Berlin. Die III. Berliner Schulzahnklinik (Blumenstraße 77) ist am 28. Januar eröffnet.

Heidelberg. Der Prof. Dr. Vulpiusschen Orthopädisch-Chirurgischen Heilanstalt stand 1911 ein alljährlicher Stiftungsbetrag von 10000 Mk. für die Behandlung von unbemittelten orthopädisch-chirurgisch Kranken zum fünften Male zur Verfügung. Es wurden mit Hilfe dieser Summe 320 Knaben und Mädchen stationär behandelt, im ganzen bisher über 1000 Patienten. Anfragen usw. an die Verwaltung der Heilanstalt, Luisenstr. 1.

Gießen. Vom 9.—13. April findet ein Kurs und Kongreß für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre statt. Einschreibegebühr 25 Mk., für Kurs oder Kongreß allein 15 Mk. Meldungen an Geheimrat Sommer.

Neumünster. Die Stadt hat beschlossen, ein Grundstück zum Bau eines Säuglings- und Versorgungsheims für uneheheliche Mütter unentgeltlich zur Verfügung zu stellen.

Zürich. Am 7. September tagt hier die Internationale Liga gegen die Epilepsie.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVII. Jahrgang. 1. April 1912. Nr. 4.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Dm. Ssokolow, Mors thymica et Asthma thymicum bei Kindern. (Aus der Kinderklinik des medizin. Institutes für Frauen in St. Petersburg.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. Heft 1—3.) Die von S. in dieser und einer früheren Arbeit niedergelegten Beobachtungen ergeben ihm, daß es keinen plötzlichen Tod infolge von Thymusvergrößerung gibt; der letale Ausgang steht vielmehr im Zusammenhang mit einem pathologischen Zustand des Stoffwechsels, von dem auch die Vergrößerung der Thymus gleichwie die der anderen Drüsen abhängt. Mors thymica infolge von Thymushyperplasie kann nur als Resultat vorangehender Erkrankung an asthmatischen Anfällen anerkannt werden. Asthma thymicum ist eine Erkrankung, die in direktem Zusammenhange mit der Vergrößerung der Thymusdrüse steht; diese Erkrankungsform muß aber von den andern Erkrankungen streng geschieden werden, die in den klinischen Erscheinungen ihr recht ähnlich sind.
Hecker.

Feibelmann (Nürnberg), Ein doppeltes Masernrezidiv. (Aus dem Gisela-Kinderspital, München.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. Heft 1—3.) 6jähriger Knabe, der 10 Tage nach einer typischen Masernerkrankung zum zweiten Male und 3 Wochen nach diesem Rezidiv ein drittes Mal an Masern erkrankt. Verlauf jedesmal ohne Komplikationen.
Hecker.

Erich Sergeois, Beitrag zur Rolle der Insekten als Krankheitsüberträger. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. Heft 1—3.) Die Wanzen vermögen krankmachende Keime zu vermitteln. Sie spielen dabei fast ausschließlich die Rolle eines einfachen Zwischenträgers; als Zwischenwirte kommen sie nur ausnahmsweise, wie bei Kala-Azar, in Frage. Von spezifisch epidemiologischer Wichtigkeit erscheint die Tätigkeit der Wanzen als Überträger bei keiner Krankheit; jedoch trägt sie sicherlich dazu bei, daß gewisse Krankheiten, wie Rückfallfieber und Kala-Azar, an bestimmten Orten epidemisch bleiben. Wesentlich ist die Tatsache, daß Wanzen in ihrem Leibe infektiöse Keime längere Zeit lebend erhalten; denn diese Keime müssen häufig zu einer Infektion führen, da für eine solche infolge des durch die juckenden Wanzenstiche hervorgerufenen Kratzens zu gleicher Zeit die günstigen Bedingungen herbeigeführt werden, nämlich:

1. infektiöse Keime aus den zerquetschten Wanzen;

2. eine Verletzung der äußeren Haut;

3. eine Kraft, die die Keime in eine denkbar innigste Berührung mit der Infektionsstelle bringt. Die Wanze gehört somit zu den Insekten, die für die Menschheit eine besondere Gefahr darstellen; ihre Vernichtung ist deshalb nicht nur ein ästhetisches, sondern auch ein hygienisches Erfordernis. **Hecker.**

G. Tugendreich (Berlin), Statistik der Erfolge von Fürsorgemaßnahmen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. Heft 1—3.) Zur Darstellung der Erfolgstatistik werden zwei verschiedene Methoden angewendet: die indirekte oder bevölkerungsstatistische, vergleicht die Morbidität und die Mortalität (oder auch die Stillung) aller Säuglinge eines Bezirkes in den Zeitabschnitten vor und nach Beginn der fürsorgerischen Maßnahmen, setzt ohne weiteres die zahlenmäßig gefundenen Zustände in Beziehung zu der Maßnahme und faßt sie als deren Erfolg auf. Bei ihrer Beurteilung ist Vorsicht geboten, da der Beweis eines wirklichen Zusammenhanges bisher nicht erbracht wurde. Die direkte oder medizinalstatistische Methode betrachtet nur die von der Fürsorge erfaßten Säuglinge, deren Morbidität und Mortalität zu jener der nicht in Fürsorge befindlichen Säuglinge in Beziehung gebracht wird. Fehlerquellen bilden hier die Verschiedenheit des Aufnahmealters, die Zeit der Fürsorgedauer, das soziale Milieu usw.

T. kritisiert dann die Stillstatistiken und die Versuche, den Ernährungszustand in einer Formel auszudrücken. Empfehlung von Personalbogen oder Gesundheitskarten für jedes in Fürsorge tretende Individuum, in welche jede einzelne fürsorgerische Instanz ihre Wahrnehmungen einträgt. **Hecker.**

G. Muskat (Berlin), Die Verhütung des Plattfußes im kindlichen Alter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. Heft 1—3.) Bemerkungen über die große Häufigkeit des Plattfußes, desgleichen solche über Erkennung, Verhütung und Behandlung mit zum Teil bekannten, zum Teil originalen Methoden, wie z. B. Mastixbindenverband, bestimmte Übungen und ähnliches. **Hecker.**

Bruno Wolff (Rostock i. M.), Zur Begriffsbestimmung des Infantilismus. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. Heft 1—3.) W. betrachtet als wesentliches Moment des Infantilismus eine Hemmungsbildung, vermöge deren ein oder mehrere Organe des Körpers auf kindlicher (bzw. fötaler) Stufe der Entwickung stehen geblieben sind. Es handelt sich also um eine echte Mißbildung, um „eine während der Entwicklung zustande gekommene Veränderung der Form eines oder mehrerer Organe oder Organsysteme oder des ganzen Körpers, welche außerhalb der Variationsbreite der Art gelegen ist“ (Schwalbe). Es gibt keinen universellen Infantilismus der Art, daß ein Individuum in allen seinen körperlichen und geistigen Eigenschaften auf einer kindlichen Stufe stehen bleibt; vielmehr ist jeder Fall von Infantilismus nur ein partieller. Daraus folgt das regelmäßige Eintreten einer Inkongruenz, so daß zwischen den einzelnen Körperteilen weder ganz die normalen Proportionen des Kindes, noch die des Er-

wachsenen sich herausbilden. Diese Disproportion der Organe ist geradezu charakteristisch für den Infantilismus. Hecker.

Paul Sommerfeld, Beitrag zur Epidemiologie der Diphtherie. — Bazillenträger und Bazillenpersistenz. (Aus dem Städtisch. Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause, Berlin.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. Heft 1—3.) Der Diphtheriebazillus findet sich häufig im Rachen Gesunder, ohne Krankheitserscheinungen auszulösen (Bazillenträger). Der Bazillus ist aber nicht ubiquitär, sondern findet sich nur bei solchen Personen, welche mit Diphtheriekranken in Berührung waren. Die von gesunden Bazillenträgern isolierten Bazillen sind im Tierversuch ebenso virulent, wie die von erkrankten gewonnenen. Diphtherierekonvaleszente Kinder können noch Monate hindurch Bazillen auf ihren Schleimhäuten beherbergen. Sie bilden, wie die Bazillenträger, eine Gefahr für ihre Umgebung; doch bedarf es zum Zustandekommen einer Infektion einer besonderen Disposition. Da die Bazillen an unbelebten Gegenständen haften und lebensfähig bleiben können, ist eine Wohnungsinfektion notwendig. Schließen von Schulklassen und Entfernung der Bazillenträger hat nur bedingten Wert, da es nicht möglich ist, den Kontakt außerhalb der Schule zu verhindern. Solange es kein Mittel gibt, die Bazillenträger schnell und sicher von ihren Bazillen zu befreien, bleibt die Bekämpfung der Diphtherie zunächst beschränkt auf frühzeitiges Erkennen und frühzeitige spezifische Behandlung. Hecker.

G. E. Wladimiroff (Moskau), Über die Himbeerzunge der Kinder. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. Heft 1—3.) Die Himbeerzunge tritt bei den Masern in ebenso typischer Form auf wie beim Scharlach und macht dieselben Veränderungen durch: Belegstein, Reinigung, Rotfärbung, Granulierung. Man sieht diese Zunge bei Masern nur in schweren Fällen, wobei das Enanthem und das Exanthem einen intensiv roten und konfluierenden Charakter haben.

Hecker.

J. Rosenstern, Zur Frage der zuckerarmen und fettreichen Ernährung. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 481.) Man ist gewöhnt, bei den Fällen von Milchnährschaden (Bilanzstörung) die Fettzufuhr einzuschränken und die Kohlehydrate zu vermehren. Man weiß bei dieser Therapie nicht, ob die Fettverminderung oder die Kohlehydratvermehrung die Hauptrolle spielt. R. hat untersucht, ob es gelingt, mit einem zuckerarmen Gemisch (Eiweißmilch) event. unter Anreicherung anderer Nahrungsbestandteile einen normalen Gewichtsanstieg zu erzielen. Gesunde Säuglinge erhielten zuerst Eiweißmilch mit 5 % Zuckerzusatz. Plötzlich wurden an Stelle des Zuckerzusatzes isodyname Mengen Fett gegeben (geschmolzene Butter). Die Säuglinge zeigten deutliche Abnahme des Körpergewichtes, die Gewichtskurve bog aber bald zur Horizontalen oder stieg flach an. Das Kind wurde blässer, sein Turgor schlaffer, dabei bestanden Fettseifenstühle, also das Symptom der Bilanzstörung. Durch Steigerung der Fettzufuhr bis zu 4 % ließen sich normale Gewichtszunahmen erzielen, wobei aber noch immer der Symptomkomplex der Bilanzstörung vor-

handen war. Durch Zuckerzulage ohne Fettreduktion konnte ebenfalls die Gewichtssteigerung erzielt werden.

Die Störung des Gewichtsverlaufes bei fettreichen Nahrungsgemischen an sich ist also nicht ohne weiteres auf eine Schädigung durch Fett zurückzuführen. Die Ursache, warum isodyname Mengen von Fett den Zucker nicht ersetzen, dürfte darin gelegen sein, daß das Fett weniger geeignet ist, Stickstoffretention zu bewirken.

Schick.

Halberstaedter, Über nicht gonorrhoische Säuglingsblennorrhoe. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 491.) Diese unterscheidet sich außer dem Fehlen von Gonokokken von der gonorrh. 1. durch die längere Inkubationszeit. Sie beträgt hier 4—7 Tage und noch länger. Die gonorrhoische Form hat selten eine Inkubationszeit von mehr als 3 Tagen.

2. Ist die nicht gonorrhoische Blennorrhoe resistent gegen Silbersalbe, die übliche Gonorrhoetherapie ist machtlos. Dazu kommt noch das Ergebnis der miskroskopischen Untersuchung. Es zeigt sich nämlich, daß man bei gonorrhoischen Formen eigentümliche Einschlüsse in den Epithelien findet, die als Chlamydozoen bezeichnet werden und ähnlich sind den bei Trachom gefundenen. Diese Einschlüsse konnten auch bei experimenteller Übertragung auf die Konjunktiva von Affen nachgewiesen werden. Auch in den Epithelien der Vagina wurden solche Einschlüsse gefunden sowie im Vaginalsekret von Müttern, deren Kinder an Chlamydozoenblennorrhoe litten.

Neben diesen reinen Formen von Blennorrhoe: Gonokokken, Chlamydozoenblennorrhoe, gibt es auch Mischfälle. Schick.

H. Halke, Die Beziehungen von Acusticus- und Labyrintherkrankungen zur Parotitis epidemica. (Zeitschr. f Kinderheilk. Bd. 2. S. 497.) Ein 19jähriger Gymnasiast erkrankte nach mehrtägigem Unbehagen unter leichten Fiebererscheinungen und einer auffallenden Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohr. 4 Tage später begann unter staffelförmigem Fieberanstieg eine doppelseitige Orchitis (Temp. 40,4). Am achten Tage erbrach Patient mehrmals. Die Schwerhörigkeit nahm im weiteren Verlauf zu, und innerhalb 5 Wochen entwickelte sich fast volle Ertaubung. H. ist geneigt, diesen Fall als eine Parotitis sine parotitide anzusehen, daher als eine durch den Erreger der Parotitis bedingte Labyrintherkrankung, bei der es auch zur Mitbeteiligung des Hodens gekommen sei, während die Parotis vom Krankheitsprozesse verschont blieb.

H. betont die Möglichkeit, daß auch andere bisher völlig unerklärliche Ertaubungen vielleicht auf ähnliche Weise zu erklären seien.

Schick.

Hugo Nothmann, Beitrag zur Zuckerausscheidung im Säuglingsalter. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 503.) Außer bei Säuglingen mit alimentärer Intoxikation (und Dyspeptikern) kommt alimentäre Melliturie auch bei anscheinend darmgesunden, frühgeborenen und exsudativen vor. Unterschiede in der Zuckerauscheidung dieser 3 Gruppen bestehen sicher in quantitativer Hinsicht. Ob auch Differenzen in den ursächlichen Verhältnissen bestehen, ist

eine offene Frage. Als Ursache der Melliturie der an Intoxikation erkrankten Säuglinge kommen vor allem die bestehenden Darmstörungen in Betracht. Wie weit sich Veränderungen des intermediären Stoffwechsels daran beteiligen, ist noch nicht entschieden. Man kann bisher nur Vermutungen aufstellen, wo die Ursachen der Zuckerausscheidung bei Frühgeburten und exsudativen Kindern liegen. Schick.

W. Bliss Raymond, Eine Untersuchung über die Epithelkörperchen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Säuglingstetanie. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 538.) Die Untersuchungen des Verf.'s erstrecken sich auf 35 Fälle. In 22 Fällen wurden die Nebenschilddrüsen auch mikroskopisch untersucht. Darunter befanden sich zwei Fälle von kindlicher Tetanie. Sie ergaben keine näheren Beziehungen zwischen hämorrhagischen Veränderungen der Epithelkörperchen und kindlicher Tetanie. Die Epithelkörperchen der zwei Kinder mit manifester Tetanie zeigten normales Verhalten. Schick.

Adam Radziejewski, Über kutane Tuberkulinreaktion. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 520.) Die Schlußsätze des Verf.'s lauten:

1. Die von v. Pirquet angegebene Kutanreaktion ist für Tuberkulose spezifisch.
2. Im Säuglingsalter gibt es keine inaktiven Formen der Tuberkulose, und die aktiven führen größtenteils zum Tode.
3. Im Säuglingsalter gibt deshalb die positive Reaktion eine ziemlich ungünstige Prognose.
4. Auch im späteren kindlichen Alter ist die Kutanreaktion ein wertvolles diagnostisches Unterstützungsmittel.
5. Der negative Ausfall der Reaktion bei klinisch manifester Tuberkulose weist im allgemeinen auf einen schlechten Ausgang der Erkrankung hin.
6. Der negative Ausfall der Reaktion ist, sofern man von kachektischen Kranken und solchen mit miliarer Tuberkulose und Meningitis absieht, beweisend für die Abwesenheit der tuberkulösen Infektion.
7. Die Häufigkeit der Tuberkulose nach dem Ergebnisse der Sektion und dem Ausfall der Reaktion steigt mit dem zunehmenden Alter unter dem städtischen Proletariat bis auf nahe an 100 % am Ende des Kindesalters. Schick.

Bauer, Über den Befund von Kuhmilchkasein in Säuglingsstühlen. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 239.) B. bestätigt das Vorkommen der von Talbot beschriebenen Kaseinbröckel in Säuglingsstühlen. Es handelt sich dabei nicht um die häufig vorkommenden weißen Flocken vieler Kuhmilchstühle, sondern um erbsengroße und ganz feste Bröckel von Wachskonsistenz. Wegen dieser Konsistenz sollte man sie besser als Wachsbröckel bezeichnen. B. hat trotz eifrigsten Suchens nur fünfmal solche Bröckel gefunden.

B. hat auch sonst, wenn auch nicht häufig, Spuren von Kasein in Säuglingsstühlen nachweisen können. Die Kaseinbröckel sind jeden-

falls nicht der Ausdruck einer akuten Ernährungsstörung. Auffallenderweise waren es fast immer ältere Säuglinge, die Kaseinbröckel aufwiesen. Die Erklärung hierfür war darin zu suchen, daß diese Kinder zum Teil Rohmilch bekamen. Ibrahim hat auf die Bedeutung der Rohmilch für das Auftreten von Kaseinbröckeln im Säuglingsstuhl hingewiesen. Es ist begreiflich, daß man die Kaseinbröckel häufig finden wird, wenn Rohmilchernährung durchgeführt wird.

Schick.

Monrad, Kaseinklumpen im Kinderstuhl im Zusammenhang mit Rohmilchernährung. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 244.) Bestätigung der Beobachtungen Ibrahims (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 55.) über das häufige Vorkommen von Kaseinklumpen im Säuglings- und Kinderstuhl bei Rohmilchernährung.

Schick.

Lederer, Die Bedeutung der neuro- und psychopathischen Konstitution für den Ablauf fieberhafter Erkrankungen. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 247.) Neuro- und psychopathische Kinder reagieren auf fieberhafte Erkrankungen verschieden. Man könnte zwei Gruppen herausgreifen, die in ihrem Verhalten gerade entgegengesetzt sind. Auf der einen Seite stehen Kinder, deren Nervensystem bei Erkrankungen mit Herabsetzung der Erregbarkeit reagiert, während das Nervensystem anderer Kinder durch die akute Erkrankung eine Steigerung seiner Erregbarkeit erfährt. Dabei gibt es mannigfache Abstufungen: in der einen Gruppe findet man Kinder, die bei einer Erkrankung apathisch werden und ihre Umgebung vernachlässigen, solche, die fast fortwährend schlafen und nur mühsam zur Nahrungsaufnahme geweckt werden müssen, und schließlich solche, bei denen sich die Apathie bis zu wirklichem Stupor steigert. Die andere Gruppe umfaßt Kinder, die bei Beginn einer Krankheit unruhig werden, fortwährend weinen und schreien, ihre Umgebung nicht einen Augenblick unbehelligt lassen, Kinder, die nächtelang nicht schlafen, bei plötzlichem Eintritt hohen Fiebers Krämpfe oder Aufregungs- und Verwirrungszustände zeigen, ja Tobsuchtsanfälle bekommen. L. bringt eine Reihe von einschlägigen Krankengeschichten.

Die Beurteilung dieser Krankheitsbilder kann der Hausarzt besser bewerten, als der Spezialarzt; er wird leichter die Fehldiagnose einer organischen zerebralen Erkrankung vermeiden und die Zugehörigkeit der beschriebenen Symptome zur neuro- und psychopathischen Kombitation erkennen. Die Therapie und Pflege muß streng individualisierend sein. Apathische und schlafsüchtige Kinder müssen zur Nahrungsaufnahme geweckt, Kinder mit Appetitlosigkeit müssen gefüttert werden. Bei Aufregungszuständen muß der Schlaf eventuell durch Sedativa herbeigeführt werden. Andererseits soll Polypragmasie vermieden werden, da auch therapeutische Maßnahmen (Umschläge, Darmeinläufe usw.) die Erregbarkeit unerwünscht steigern können.

Schick.

H. Kleinschmidt, Die Bakteriozidine in Frauen- und Kuhmilch. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 254.) Während

man in früheren Untersuchungen nach bakteriolytischem Komplement in Kuh- und Frauenmilch gefahndet hat oder einfach geprüft hat, ob Milch Bakterien abtötet oder nicht, hat Kl. neben diesen Bestimmungen auch die exakte Bestimmung des bakteriziden Ambozeptors durchgeführt.

Kuhmilch und Kolostrum enthalten im rohen Zustande deutliche Mengen bakteriziden Immunkörpers und genügend Komplement. Die rohe Kuhmilch hat daher bakterizide Wirkung. Rohe Frauenmilch und Frauenkolostrum haben keine bakterizide Wirkung. Das Fehlen der Bakteriozidie beruht aber nicht auf Mangel an bakteriziden Immunkörpern, sondern auf Mangel an Komplement. Bakterizider Ambozeptor ist gewöhnlich in ausreichender Menge nachweisbar. Man kann dies dadurch nachweisen, daß bei Zusatz von passendem Komplement die bakterizide Wirkung kenntlich wird. Interessant ist, daß eine Komplementierung der Frauenmilch mit Meerschweinchenserum nicht möglich ist.

Durch die Frauenmilch können bakterizide Substanzen auf den Säugling übertragen werden. Diese können beim Säugling zur Wirksamkeit gelangen, wenn sie das zur Wirkung nötige Komplement im Blute des Säuglings finden. Schick.

Zappert, Rückenmarksuntersuchungen bei Tetanie. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 261.) Bei Untersuchung von sechs klinisch ausgesprochenen Tetaniefällen haben sich durchaus normale Rückenmarksverhältnisse ergeben. Ebenso fehlten Veränderungen in den Spinalganglien. Schick.

Wilhelm Knape, Über Konservierung von Frauenmilch durch Perhydrol. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 281.) Mayerhofer und Pribram haben 1909 ein Verfahren zur Konservierung von Frauenmilch angegeben. Sie setzten einem Liter Milch 0,2 Perhydrol zu und erhitzten dann die Milch auf 55°, bei welcher Temperatur die katalytische Wirkung am besten zustande kommt. K. findet nun, daß dieses Verfahren nicht geeignet ist, die Frauenmilch längere Zeit zu konservieren. Schon nach 14 Tagen ist die Milch nicht mehr einwandfrei. Fast konstant zeigt sie nach 10 Tagen dumpfen, oft sogar fauligen Geruch. Auch die Azidität zeigt nach wenigen Tagen regelmäßige Zunahme. Die Ernährungsversuche mit kürzere Zeit aufbewahrter Milch ergab befriedigende Resultate. Für Zwecke der offenen Säuglingsfürsorge eignet sich das Verfahren wegen der kurzen Dauer der Konservierung nicht, für Krankenhauszwecke dürfte es Verwendung finden können.

In einem Schlußsatz betont Thiemich, aus dessen Anstalt die Arbeit stammt, daß die Konservierung zu großes Risiko besitze, um für die Zwecke der offenen Säuglingsfürsorge in Anwendung gebracht werden zu können. Schick.

F. Lust, Zur Pathogenese der Rumination im Säuglingsalter. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 316.) Bericht über Verlauf und Obduktionsergebnis eines Falles von Rumination bei einem 5 1/2 Monate alten Kinde. Dieses wurde mit der Angabe gebracht, daß es seit der ersten Lebenswoche nach jeder Mahlzeit, selbst

der kleinsten, „schütte“. Dabei sei das Kind stark abgemagert. Bei Nahrungszufuhr zeigt das Kind folgende Erscheinungen. Die Milch wird mit großem Appetit ohne Unterbrechung getrunken. Zu 100 g braucht es zirka 3 Minuten. 1—2 Minuten nach beendigtem Trinken sieht man das Kind einige „schmeckende“ Bewegungen mit dem Mund ausführen, dann wird der Mund geöffnet, und ununterbrochen gelangen kleine Mengen von Milch stoßweise in die Mundhöhle, fließen zum Teil wieder in den Magen hinab, zum Teil, besonders wenn die in den Mund beförderte Milchmenge zu voluminös wird, fließen mehr oder weniger große Mengen Flüssigkeit aus dem offen stehenden Munde heraus. Die Konsistenz der Nahrung hatte keinen wesentlichen Einfluß, die motorischen Funktionen des Magens waren normal. Medikamentös war Salzsäure und Kokain wirkungslos. Auf Brom $3 \times 0{,}4$ pro die ließ sich anfangs eine Besserung erzielen. Auftreten einer starken Bromakne verhinderte längere Anwendung des Broms. Unter Andauern der Symptome erfolgte nach $2^1/_2$ Monaten Exitus. Bei der Obduktion ergab sich der Befund eines halbsystolischen Magens. Man kann mit Wahrscheinlichkeit annehmen, daß auch im Leben ein einfacher funktioneller Pylorospasmus vorhanden war. Doch genügt dies nicht zur Erklärung. Lust nimmt an, daß außerdem eine Motilitätsneurose bestanden habe im Sinne eines sogenannten Bedingungsreflexes. Dieser Bedingungsreflex verdankt seine Entstehung jenen mehr oder weniger physiologischen Reizen, die zur Auslösung des gewöhnlichen „Schüttens“ oder „Speiens“ der Säuglinge führen.

Schick.

M. Klotz, Weitere Untersuchungen über die Gärung von Weizen- und Hafermehl. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 285.) K. hat schon in früheren Untersuchungen (s. Naturforscherversammlung in Königsberg 1910) weitgehende biochemische Differenzen innerhalb der einzelnen Methode nachgewiesen. Bevor das Thema weiter verfolgt wird, ist es notwendig, die physiologisch-chemischen Unterschiede zwischen den Getreidemehlen in ihren wesentlichen Punkten zu erklären.

In vorliegender Arbeit beschäftigt sich K. mit der Frage, wie sich die Säurebildung in oben genannten Mehlen verhält, wenn die Gärung durch Zusatz verschiedener anorganischer und organischer Agentien beeinflußt wird. Da die Salze eine große Bedeutung für das Wachstum der Bakterien und die Wirksamkeit von Fermenten besitzen, hat K. untersucht, wie sich die Säurebildung aus Weizen- und Hafermehl gestaltet, wenn gleichzeitig verschiedene wasserlösliche anorganische und organische Salze dem Nährsubstrat zugesetzt werden. Die Versuche ergeben, daß die Säurebildung durch Mineralzusatz bei Hafermehl stärker vermehrt wird als bei Weizenmehl. Konstante Vermehrung der Säurebildung wird bei Hafermehl durch Phosphate, und zwar in erster Linie durch Kaliumphosphat und Monokalziumphosphat, weniger Natriumphosphat bewirkt. Nitrate haben geringen Einfluß, vielfach ist der Zusatz dieser Mineralien ohne jeden Einfluß. Gleichfalls ohne Einfluß sind Kalium- und Natriumchlorid.

Bei Zusatz organischer Agentien ergibt sich folgendes: Am wenigsten nimmt die Säurebildung bei Hafer und Weizen zu, wenn Laktose zugesetzt wird. Dextrose und Saccharose steigern die Säurebildung erheblich stärker. Bei Zusatz von 0,9 Natrium nucleinicum nahm die Säurebildung erheblich zu. Auch die Zugabe von Eigelb und Malzextrakt bewirkte eine starke Zunahme der Säurebildung.

K. bringt weitere Versuche über Gärungsdepression bei Malzextraktweizenmehlmischungen und über den differenten Ablauf der Kohlensäuregärung bei Hafer und Weizen. Schick.

F. Hoesch, Zur Diphtheriebehandlung. (Aus der zweiten chirurg. Abteilung des Krankenhauses im Friedrichshain, Berlin.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 37.) H. ist bei der Behandlung der Diphtherie in Übereinstimmung mit anderen Autoren für eine möglichst frühzeitige Einspritzung des Serums.

Er hält bei den sogenannten leichten Formen 1000—2000 Immunitätseinheiten, bei den mittelschweren und schwersten Formen der Diphtherie 3000—4000 Immunitätseinheiten für völlig ausreichend. Bei allen Erkrankungsformen wurden höhere Antitoxinmengen, sei es durch einmalige hohe Einspritzung, sei es durch öftere Wiederholung der ersten Dosis, aufgegeben, da man einen leichteren klinischen Verlauf bei höheren Dosen niemals feststellen könnte.

Ferner wurde im Gegensatz zu den experimentellen und klinischen Resultaten von F. Meyer und anderen bei der Bekämpfung der Diphtherie weder durch Anwendung hoher Serumdosen, noch durch Adrenalin und Adrenalin-Kochsalzinfusionen ein greifbarer Erfolg erzielt. Grätzer.

E. Jendrassik (Budapest), Über die Frage des Knabengeburtenüberschusses und über andere Hereditätsprobleme. (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 38.) Das Geschlecht des Kindes wird durch die Gesetze der Vererbung determiniert. Die stabilen Zahlenverhältnisse beweisen, daß bloß vier bis fünf Generationen einen Einfluß auf das Individuum haben. Entsprechend dem Mendelschen Gesetz kommen auf diese Weise in gleicher Anzahl Knaben und Mädchen zur Welt, doch entstehen überdies noch etwa 4 % solche, die mit den dominierenden Charakteren der Männlichkeit zugleich verborgene weibliche Eigenschaften in sich tragen: diese machen die Überzahl der Knaben aus. Dieses Zahlenverhältnis ist gültig auch für die anderen übermittelten Eigenschaften der Eltern. Als hereditäre Lebensschwäche muß die größere Sterblichkeit der Knaben (vom Momente der Konzeption bis zum 3.—4. Lebensjahre) aufgefaßt werden, auch sie beträgt ungefähr 4 % der Kinder. Interessant und erklärbar ist die sexuelle Beschränkung dieser hereditären Lebensschwäche auf das männliche Geschlecht.

Die einzelnen Eigenschaften der Abkömmlinge sind bestimmt durch ihre Vorfahren; nur solche Merkmale, die seit fünf Generationen gleich geblieben sind, bleiben bei reiner Weiterzüchtung stabil, sonst ist es aber nicht gut möglich, die Qualität der Kinder zu beeinflussen, ja eine stete Besserung und Verschlimmerung wechselt in den aufeinander folgenden Generationen. Stehen gewisse vererbbare Merk-

male der Eltern in schroffem Gegensatz, so entstehen endogene, in die Pathologie gehörende Abweichungen. Grätzer.

W. Wolff (Berlin), Zur Therapie der Urticaria. (Ebenda.) Seiner von hartnäckiger Urticaria befallenen 6jährigen Tochter gab W., nachdem andere Mittel versagt, Chinin (dreimal täglich eine Zimmersche Schokoladentablette à 0,1) mit dem Resultat, daß kein neuer Schub mehr auftrat, der Juckreiz rasch verschwand und die Blasen eintrockneten. In sechs weiteren Fällen gleich prompte Wirkung, so daß W. das harmlose Mittel bei Urticaria infantilis nur empfehlen kann. Grätzer.

Rietschel, Die Sommersterblichkeit der Säuglinge, ein Wohnungsproblem.[1]) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 40.) Die Sommersterblichkeit ist wesentlich an die Städte gebunden, die erhöhte Sterblichkeit im Sommer ist eine exquisite Folge der Zentralisation daselbst. Fest steht ferner, daß wieder in Straßen mit hoher Sterblichkeit ganz bestimmte Häuser getroffen werden, mit anderen Worten: Die Sommersäuglingssterblichkeit ist in einer Stadt im allgemeinen streng lokalisiert an Viertel, Straßen, ja Häuser. Der Schluß, den wir daraus ziehen, lautet: Jene Viertel, jene Straßen, jene Häuser müssen besonders für diese Krankheit disponieren. Man muß diesen Gedanken festhalten, damit wir nun die Brücke schlagen zu der zweiten wichtigen Tatsache der Sommersterblichkeit: ihrer Abhängigkeit von der Hitze. Die Höhe der Sommersterblichkeit ist abhängig von der Höhe der Temperatur des Sommers. Je heißer der Sommer, um so mehr Kinder sterben. Verbinden wir diese beiden Tatsachen miteinander, so kommen wir zu dem Ergebnis, daß die Hitze lokalisiert in der Großstadt zur Wirkung kommt, in jenen Vierteln, in jenen Straßen, in jenen Häusern, mit anderen Worten in der Wohnung. Und damit haben wir das ganze Problem, gleichviel wie wir die Wirkung der Hitze später beurteilen, zurückgeführt auf ein Wohnungsproblem. Die Hitze wird nur dadurch dem Säugling so verderblich, in Verbindung mit dem hohen Wohnungsklima. Das Problem ist daher nicht so sehr ein rein pädiatrisches oder Ernährungsproblem, wie etwa das Problem der künstlichen Ernährung, sondern es ist ein sozialhygienisches, speziell ein Wohnungsproblem, bei dem ebensogut die Hygieniker und die Statistiker mitzureden haben.

Wie hoch Wohnungstemperaturen sein können, das geht aus einer Kurve hervor, bei der R. mit einem exakten Thermo- und Hygrometer die Wohnungstemperatur durch viele Wochen lang im „kalten Sommer 1910“ bestimmt hat. Er nimmt eine Woche des August heraus, die die höchsten Temperaturen bot, und man erkennt an dieser Kurve, daß während dieser Woche das Thermometer nicht unter 24° C sank und bis 36° C stieg. Natürlich sind dies ganz außergewöhnliche Verhältnisse. So wurde in einem Zimmer (der Küche) täglich gekocht. Gewiß stellte die Wohnung eine erbärmliche

[1]) Vortrag, gehalten im Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin am 3. Juli 1911.

Proletarierwohnung dar, aber an dem Vorkommen solcher Temperaturen im gewöhnlichen, ja kalten Sommer dürfen wir heute nicht mehr zweifeln. R. hat in diesem Juni auch schon wieder bis 34° C gemessen, also Temperaturen, die für uns etwas ganz Ungewöhnliches sind. Die Wohnungstemperaturen in vielen Proletarierwohnungen sind also im allgemeinen weit höher anzunehmen als die Lufttemperaturen.

Es wird nicht mehr bestritten werden können, daß echte Hitzschläge bei Säuglingen im Sommer vorkommen, es wird weiter nicht bestritten werden können, daß selbst gesunde Säuglinge bei Zimmertemperaturen, wie sie in manchen Proletarierwohnungen im Sommer vorkommen, leichte Temperatursteigerungen zeigen, daß drittens das ernährungsgestörte, kranke Flaschenkind bei gleicher Temperatureinwirkung mit Steigerung der Körpertemperatur leichter und schneller reagiert als das gesunde, und endlich viertens, daß, wie es scheint, bei einem Teil der ernährungsgestörten und gesunden Kinder durch wochen- und monatelange Einwirkungen von hohen Wohnungstemperaturen Schädigungen des Körpers entstehen; durch Kombination dieser zwei Schädigungen (der Hitze und der Nahrung) treten dann viel leichter Durchfall und Erbrechen auf. Die letztere Tatsache wird bis zu einem gewissen Grade noch bestritten, die ersteren stehen absolut fest. Wenn wir weiter erwägen, daß auch beim Erwachsenen durch schwere Hitzeeinwirkungen Durchfall und Erbrechen auftreten können, daß jeder „Hitzschlag" durchaus nicht immer mit einer Hyperthermie verbunden sein muß, dann werden wir die verschiedenen Bilder des Sommerdurchfalls viel besser verstehen. An die vorhin genannten echten Hitzschläge reihen sich jene ganz akuten Fälle von Cholera infantum an, die in kurzer Zeit unter Hyperthermie und Krämpfen zum Tode führen und wohl auch wesentlich als reine Hyperthermien aufzufassen sind. Daran reihen sich die mehr oder weniger akuten Brechdurchfälle, die teils nach mehreren Tagen, teils protrahierter verlaufend zum Tode führen. Hierunter finden wir einmal eine große Gruppe von Kindern, die mit der Flasche ernährt und dabei leicht gestört sind, bei denen daher eine Hyperthermie viel leichter eintritt. Bei dem Gros der Flaschenkinder aber, die an einer chronischen Sommerdiarrhoe sterben, müssen wir uns die verderbliche Wirkung der Hitze etwa so vorstellen, daß die Hitze ganz allgemein die Resistenz des Körpers, speziell des Darms gegen Nahrungsschädigungen herabgesetzt hat. Ein großer Teil dieser Kinder ist sicher ziemlich resistent gegen solche Umgebungstemperaturen, aber Wochen und Monate lang werden die Säuglinge den Temperaturen nicht gewachsen sein, und sie werden schließlich zugrunde gehen.

Gerade der Umstand, daß bei der Auffassung der direkten Schädigung die Hitze tage-, wochen- und monatelang auf das Kind wirkt, macht uns das klinische Bild verständlicher, als wenn wir eine Milchzersetzung als Ursache annehmen wollten. Bei einer solchen müßte sich die ganze Sache in 24 Stunden abspielen, denn heute wird kaum eine Mutter einem Kinde eine Milch reichen, die länger als 24 Stunden gestanden hat. Dadurch wird es auch erklärlich, warum diese Erkrankungen so weit in den September hinreichen, weil die

Wohnungstemperaturen im September viel höher sind und die chronischen Fälle sich so lange hinziehen können.

Dazu kommt noch eins. R. hat auch im Winter in solchen Proletarierwohnungen Messungen veranstaltet. Auch im Winter steigen die Temperaturen in diesen Wohnungen bis auf 30°, ja 35° C. Das wird uns nicht verwunderlich sein, wenn wir Gelegenheit haben, in solche überhitzte Proletarierwohnungen hineinzusehen. Die Überhitzungsgefahr besteht also auch im Winter bis zu einem gewissen Grade. Aber nachts kühlen die Wohnungen schneller ab, das ist prinzipiell wichtig.

Dürfen wir aber überhaupt keine Gefahr in der bakteriell verunreinigten Milch sehen? Das kann R. nicht behaupten und behauptet er auch nicht. Er hält es für durchaus möglich, daß z. B. eine Milch, die massenhaft Streptokokken, also reinen Eiter enthält und z. B. von einer schwer an Mastitis leidenden Kuh stammt, krankmachende Eigenschaften haben kann. Aber für das alljährlich wiederkehrende Phänomen der Sommersterblichkeit lehnt R. bei den Tatsachen, die heute darüber bekannt sind, diese Ätiologie ab.

Grätzer.

K. Basch und **A. Rohn**, Zum physikalischen Nachweise der Thymus. (Aus der pädiatrischen Klinik des K. F. J. Kinderspitals in Prag.) (Ebenda.) Durch die Verbindung einer genaueren Perkussion der Mediastinalgegend, welche mit einem neuen Perkussionsinstrumente ausgeführt wird, mit Horchperkussion und der Friktion dieser Gegend war es möglich, über die Größe und Beschaffenheit der Thymus beim Kinde einen genaueren Aufschluß zu gewinnen, als es bisher der Fall war.

Systematische Untersuchungen an 140 Fällen zeigten, daß die Größe der Thymusdämpfung je nach dem Alter und dem Ernährungszustande des Kindes und weiterhin auch entsprechend dem Vorliegen gewisser pathologischer Zustände wechselt.

Normalerweise zeigt die Thymusdämpfung beim Kinde eine rhomboidale Form, die sich vom Jugulum gegen die zweite, bzw. dritte Rippe heraberstreckt und deren seitliche Begrenzungen durch die Sternal- und Parasternallinien ziehen.

Durch genaue Einzeichnung des klinischen Befundes in einem Schema der vorderen Brustgegend konnte dieser dem Ergebnisse der Leichenöffnung gegenübergestellt werden.

Grätzer.

J. Fejér, Ophthalmologische Miszellen. (Aus dem St. Margarethenspital zu Budapest). (Berliner klinische Wochenschr. 1911. Nr. 42.)

I. Beiträge zum Krankheitsbilde und zur Therapie des Hydrophthalmus infantilis.

Drei interessante Fälle:

1. Der erste Fall bezieht sich auf einen 4jährigen Jungen, von dem die Eltern erzählen, daß das linke Auge — seit der Geburt — fortwährend wächst; derzeitig ist es entzündet, tränt und ist zeitweise auch schmerzhaft. Die ungewöhnliche Größe des Bulbus fällt sofort auf, er ist beiläufig zweimal so groß als der gesunde rechtsseitige Bulbus. Jede Dimension des Augapfels ist vergrößert; der horizontale Durchmesser der Kornea beträgt 17 mm, im Gegensatz

zum anderen, welcher nur 11 mm mißt. Die skleralen Venen sind enorm erweitert. Die hinteren Schichten der Kornea sind trübe, die vordere Kammer sehr tief, die Iris atrophisch und graugrün, die Pupille weit, reagiert nicht. Die brechenden Medien sind durchsichtig, an der Papille ist eine tiefe, kesselförmige Exkavation zu konstatieren. Die Gefäße der Retina sind normal, der Binnendruck erhöht, T + 2. Das Auge hat keinen Lichtschein. Da das Auge fortwährend tränte, schmerzhaft und hart war und das gesunde Auge gefährdete, entschloß sich F. zur Enukleation.

Bei der Sektion des Bulbus stellte sich heraus, daß die Sklera und Aderhaut hochgradig verdünnt waren, der Glaskörper verflüssigt.

2. Der zweite Fall kam ebenfalls bei einem 4jährigen Knaben vor, bei dem die Eltern das Wachstum der Augen in den ersten Lebensmonaten wahrnahmen. Die Erkrankung war hier beiderseitig. Der horizontale Durchmesser der Kornea betrug nur 13 mm; am Auge ist keine Reizung vorhanden; erweiterte episklerale Venen, tiefe kesselförmige Exkavation, erhöhte Tension und Abnahme der zentralen Sehschärfe beweisen, daß die Zirkulation des Augapfels in hohem Grade gestört sei. Trotzdem empfindet das Kind keinen Schmerz und die brechenden Medien sind klar geblieben. Letztgenannte Symptome bilden die Eigentümlichkeiten des Glaucoma juvenile, weil die kindliche Sklera nach jeder Richtung hin — hinten und seitlich — dem Drucke nachgibt, sich in hohem Grade erweitert und auf diese Weise die Saftzirkulation reguliert, während die Sklera Erwachsener rigid ist, sich kaum erweitert und infolgedessen die bekannten glaukomatösen Erscheinungen, Schmerz usw. auftreten.

Das Kind sah am rechten Auge von 4 m, am linken von 2 m Entfernung Finger; am linken Auge war auch die Tension erhöht. F. behandelte die Augen mit Pilokarpin und machte versuchsweise am linken, schlechter sehenden Auge die Sklerotomia anterior. Es konnte aber keine Besserung konstatiert werden, so daß F. von einem weiteren operativen Eingriff abstand und bei Pilokarpin blieb.

3. Der dritte Fall betraf einen 19 Jahre alten Mann, der seit Kindheit schlecht sieht. Beide Augäpfel sind erweitert, der horizontale Durchmesser der Kornea beträgt 14—15 mm, die Hornhaut hebt sich sozusagen aus dem skleralen Pfalze heraus, die skleralen Venen sind korkzieherförmig geschlängelt; die vordere Kammer sehr tief, an der Papille ist eine kesselförmige, bis zum Rand reichende Exkavation sichtbar. Am rechten Auge ist Lichtschein mangelhaft, am linken Auge ist der Visus $^5/_{70}$, welches konkav 3,0 D auf $^5/_{50}$ korrigiert, am rechten Auge ist T + 2, am linken Auge ist T + 1. Das Gesichtsfeld des linken Auges ist oben innen bis 25° verengt.

F. machte an beiden Augen die Iridektomie. Das rechte Auge wurde weicher, sah von 20 cm Entfernung Finger, das linke Auge sah $^5/_{50}$ ohne Korrektion. F. erreichte daher mit der beiderseitigen Irisausschneidung mäßige Besserung.

II. Über traumatische Netzhautablösungen.

Drei dauernd geheilte Fälle; bei zwei davon war die direkte Verletzung nachzuweisen.

1. Einem 12jährigen Burschen wurde in einem Internat ein Schneeball ins linke Auge geschleudert. Anderen Tages trat Schlechtsehen auf, an den Lidern und am Augapfel war keine Spur einer äußeren Verletzung sichtbar. 8 Tage nach dem Unfall erschien der Junge in F.s Ordination. Am linken Auge sah er $^3/_{70}$, Hm 2,0 $^5/_{70}$ korrigierbar, das Gesichtsfeld ist oben innen in starkem Grade eingeengt, und dementsprechend war die Netzhaut außen unten in 3 bis 4 Papillengröße abgelöst. Die Ablösung verursachte eine Niveaudifferenz von 2—3,0 D. in der Refraktion. Es war keine Spur von Myopie oder Glaskörpertrübung. F. legte sofort dem Kinde einen Verband auf beide Augen an, ließ es ruhig auf dem Rücken liegen, gab innerlich Jodkalium, und nach 8 Tagen war die Netzhaut angelegt, der Visus hob sich auf $^5/_7$, in der Nähe liest er mit konvex 1,0 D. die kleinsten Buchstaben. Das Gesichtsfeld hat sich erweitert; allerdings war eine geringfügige konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes auch nach Wochen zu konstatieren.

Nach Monaten überzeugte sich F., daß die Anlegung der Netzhaut eine dauernde war.

2. Der zweite Fall kam bei der 10 Jahre alten Tochter eines Kollegen vor. Sie erlitt keine Verletzung und kam mit der Klage, daß sie seit ein paar Tagen mit einem Auge doppelt sehe.

F. schenkte dem intelligenten Kinde kaum Glauben, weil monokuläre Diplopie sehr selten ist. Sie kommt bekanntermaßen bei doppelter Pupille, Subluxation der Linse vor, sie kann vielleicht auch bei Ablösung der Netzhaut auftreten. Polyopia monocularis ist eine seltene Erscheinung der beginnenden Starbildung.

Das Kind sah wirklich mit dem rechten Auge doppelt, der Visus betrug $^5/_{70}$, welcher mit konvex 1,50 D. auf $^5/_{20}$ korrigierbar war. Der Glaskörper war rein, das Auge hatte keinen myopischen Charakter. Die Netzhaut war unten in großem Umfange abgelöst, dementsprechend war in der oberen Hälfte des Gesichtsfeldes eine Verengerung konstatierbar. Nach 10 tägiger Rückenlage und Verband genaß das Kind, die Netzhaut legte sich vollständig an, das Gesichtsfeld hatte normale Grenzen, und der Visus hob sich auf $^5/_7$. Die Heilung war eine dauernde.

Die Ursache der Ablösung konnte F. weder eruieren, noch im Augapfel auffinden.

3. Ein 18 Jahre alter Schlosserlehrling erscheint in der Ordination mit der Klage, daß sein rechtes Auge vor 3 Wochen von einer 8—10 cm langen Eisenstange getroffen wurde, seit der Zeit sieht er schlecht. Spur einer äußeren Verletzung ist am Augapfel nicht zu finden. Der Kranke sieht die Finger in einer Entfernung von $^1/_2$ m. Bei reinen brechenden Medien war die Netzhaut unten in großem Umfange abgelöst, es zeigte sich ein grauer Reflex, die Niveaudifferenz betrug an manchen Stellen 3,0 D. Nach 14 tägiger Rückenlage und Verband, innerlichem Darreichen von Jodkali und vier subkonjunktivalen Injektionen von Kochsalzlösung hat sich die Netzhaut vollständig zurückgelegt, und der Visus hob sich auf $^5/_7$.

Patient verläßt das Spital in geheiltem Zustande, kehrt aber nach 14 Tagen zurück, da die Netzhaut an derselben Stelle in kleinerem Umfange abgelöst war. F. ließ ihn wieder 10 Tage lang liegen, die Netzhaut legte sich wieder an, und Patient entfernte sich mit der Sehschärfe von $^5/_{70}$. Weiterhin ist er in der Ordination nicht erschienen.

Die mitgeteilten drei Fälle beweisen, daß wir traumatische Netzhautablösungen mit einfachen Mitteln heilen können, während die auf anderem Wege zustande gekommenen Ablösungen jeder Therapie trotzen und die ungünstigte Prognose darbieten.

III. Bemerkenswerte Fälle von Augenverletzungen.

Fall 1. Das Schneeballwerfen pflegt selten schwere Verletzungen zu verursachen. Vor 2 Jahren war in Ungarn großer Schneefall, die Witterung andauernd kalt, so daß der Schnee zusammenfror und die Kinder harte Ballen anfertigen konnten. Zu dieser Zeit sah F. in einer und derselben Woche zwei schwere Verletzungen infolge Schneeballwerfens bei zwei 12—13jährigen Knaben. Bei dem einen fand F. ohne äußerliche Verletzungen des Augapfels oder der Hornhaut totale Trübung der Linse, nur an der Iris war innen und unten ein kleiner Einriß nachzuweisen. Die Entwicklung der traumatischen Katarakt ist nur in der Weise zu erklären, daß infolge der Kommotion die Kapsel der Linse barst, daß weiterhin Kammerwasser in die Linse sickerte, was schließlich zur Quellung und Trübung der Linsenfasern führte. Der Einriß der Iris am pupillaren Rand ist als ein Beweis dafür anzuführen, daß der Inhalt des Augapfels einer erhöhten inneren Spannung ausgesetzt war. F. wollte den Star extrahieren, der Knabe entschwand jedoch der weiteren Beobachtung.

In einem zweiten Fall verursachte das Schneeballwerfen die Ablösung der Netzhaut; diesen Fall hat F. im Kapitel der Netzhautablösungen besprochen.

Fall 2. Ein 6jähriger Knabe fiel unglücklicherweise vom dritten Stockwerke eines Wohnhauses in den Hofraum, und das kam daher, daß der Junge in seinem Wohnort Fiume ein vor dem Fenster zum Trocknen der Weißwäsche ausgespanntes Seil mit den Händen zu erreichen sich bemühte, dabei das Gleichgewicht verlor und kopfüber durchs Fenster stürzte. Er lag hierauf 14 Tage lang bewußtlos im Spital und blutete aus der Nase. Die Untersuchung ergab Fraktur

des rechten Oberarmes und eine Fissur des rechten Seitenbeines, gewiß infolge des heftigen Auffallens auf dasselbe. Nach der Wiederkehr des Bewußtseins wurde konstatiert, daß das Kind das rechte Oberlid nicht zu heben und das rechte Auge nicht zu bewegen vermochte. Einen Monat später wurde der kleine Knabe F. in seinem Hospital vorgestellt. Zu dieser Zeit war am Auge keine Spur einer äußerlichen Verletzung mehr nachzuweisen, nur das rechte Oberlid hing schlaff herab, und Patient konnte das rechte Auge nur nach außen hin bewegen und nur nach derselben Richtung hin rotieren; Pupille sehr weit, reagiert nicht. In der Nähe liest der Knabe nur große Buchstaben, Visus $^5/_{10}$, Augenhintergrund vollkommen normal.

Man hatte es daher in diesem Falle mit einer totalen Okulomotoriuslähmung zu tun, wobei der N. abducens und trochlearis unversehrt blieben. Der gleichfalls zugezogene Nervenspezialist fand die übrigen Gehirnnerven intakt, und auch von seiten des Ohres hörte F. keine Klage.

Die isolierte Lähmung des N. oculomotorius bei Kopfverletzungen ist ziemlich selten. Da sämtliche vom Okulomotorius versorgten Muskeln gelähmt waren, muß man voraussetzen, daß die Verletzung an der Basis zustande kam, und zwar in der Weise, daß ein Splitter des Knochens den Nerv entweder direkt verletzte oder aber daß derselbe durch konsekutive Blutung indirekt zusammengedrückt und hierdurch seine Leistungsfähigkeit aufgehoben wurde.

Praun erwähnt den Fall eines Kindes, bei welchem nach einem Sturz vom Heuboden eine einseitige Okulomotoriuslähmung auftrat. Die Lähmung ging nach Jahren zurück, und es blieb nur ein geringfügiger Strabismus divergens übrig.

Die Therapie bestand in innerlicher Verabreichung von Jodkalium und Galvanisation des rechten Auges. Im Verlaufe von 6—7 Monaten trat allmähliche Besserung ein, die Ptosis wurde wesentlich geringer, die Bewegung des Auges nach einwärts besserte sich. Grätzer.

F. Meyer (Berlin), Fortschritte in der Behandlung der Diphtherie. (Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 45.) Eine kritische Übersicht moderner Diphtheriearbeiten. Die intravenöse und intramuskuläre Injektion des Diphtherieserums, die Vergrößerung der Serumdosis, die prophylaktische Anwendung des Serums werden besprochen und auch die Fortschritte auf dem Gebiete der nicht spezifischen Diphtheriebehandlung gestreift. Grätzer.

W. Dibbelt, Die physiologische Bedeutung des Kalkhungers bei Brustkindern im ersten Lebensjahre. (Berlin. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 46.) D.s drei Thesen aus seiner früheren Mitteilung bleiben zu Recht bestehen:

1. „Der durch die Nahrung bedingte Mangel an Kalksalzen bildet ein prädisponierendes Moment für die Entstehung der Rachitis.

2. Bei der Rachitis besteht eine Störung des Kalkstoffwechsels, in welcher wir das pathogenetische Moment der Rachitis erblicken.

3. Ihre Entstehung in den ersten Lebensjahren hängt mit der Bedeutung zusammen, welche die Kalksalze in dieser Periode für den kindlichen Körper und besonders für das Skelettsystem haben."

Wie D. zeigt, besteht am Ende der ersten Verdoppelungsperiode, also am Ende des sechsten Lebensmonats, ein Tempus minoris

resistentiae für das Skelettsystem. Es gelangt in dieselbe im Zustande verminderter Widerstandsfähigkeit. Unter physiologischen Verhältnissen setzt allerdings an ihrem Ende ein Ausgleich ein, zu dem gleichsam eine kompensatorische Hyperretention von Kalksalzen erforderlich ist, bleibt diese jedoch aus oder treten sogar in der Abstillungsperiode noch Kalkstoffwechselstörungen hinzu, so ist es begreiflich, daß sie das Skelettsystem gerade in diesem Stadium besonders schwer treffen und stärkere Veränderungen hervorrufen werden als am intakten Knochengewebe. Und hier liegt die pathologische Bedeutung des relativen Kalkhungers während des ersten Lebensjahres.

Grätzer.

M. Löns, Über die Ausscheidung des Jods in der Milch nach Verabreichung von Jodkalium und Lipojodin. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Göttingen.) (Ebenda.) Aus den Versuchen ergibt sich:

1. Von dem Jod des Lipojodins gelangen in der Milch größere Mengen zur Ausscheidung als von dem Jod des Jodkaliums.

2. Die Art der Ausscheidung in der Milch bei Jodkalium und Lipojodingaben ist ähnlich, so wie es Loeb für den Harn angibt. Auch in der Milch ist die Jodausscheidung nach Lipojodinzufuhr bedeutend vergrößert gegenüber der Jodausscheidung bei Jodkaliumverabreichung.

3. Der Beginn der Ausscheidung erfolgt bei beiden Versuchen erst 4—8 Stunden nach Anfnahme des Medikaments, während nach den Angaben verschiedener Autoren der Beginn der Ausscheidung im Harn und Speichel viel früher erfolgt (bei Lipojodin am Ende der zweiten Stunde, bei Jodkalium nach wenigen Minuten).

4. Die Konzentration der Jodausscheidung ist nicht abhängig von der entleerten Milchmenge, sondern abhängig von der Zeit, die seit dem Verfolgen des Mittels verstrichen ist.

5. Die absolute Menge des Jods ist bis zu einem gewissen Grade abhängig davon, daß die Brust auch völlig entleert ist, wie der Einknick der Kurve der absoluten Mengen in der ersten Nacht, zu einer Zeit, wo das Stillgeschäft wenig intensiv betrieben wurde, zeigt.

6. Die Ausscheidung des Jods bei Lipojodinverabreichung steht in keiner Weise in irgendwelcher Beziehung zum Milchfett und ist auch nicht darin gelöst.

Grätzer.

Wilh. Schilling, Über die Behandlung der Hämophilie. (Aus dem städtisch. Krankenhaus Bayreuth.) (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 44.)

„Es handelte sich um einen 5jährigen Knaben, dessen Bruder kurz zuvor wegen der gleichen Erkrankung ebenfalls bei uns in Behandlung war. Dieselbe trat bei ihm in Form von ausgedehnten Blutextravasaten unter die Haut, speziell auf Brust und Rücken, auf. Von den übrigen Familienmitgliedern, besonders den männlichen, konnte anamnestisch keine Disposition zu derartigen Blutungen festgestellt werden, nur die Mutter des Patient soll vor Jahren infolge Platzens einer Hämorrhoidalvene beinahe verblutet sein.

Der Patient selbst hatte sich anfangs Juli zufällig eine minimale Verletzung am Zahnfleisch des Oberkiefers zugezogen. Da es aus der Wunde unaufhörlich langsam weiterblutete, machte die Mutter des Patienten zuerst selbst den Versuch, mit Hilfe von Essigaufschlägen und blutstillender Watte dieselbe zum Stillstand

zu bringen. Doch umsonst! Er wurde hernach ins Krankenhaus verbracht und hier wurde es anfänglich versucht, durch löffelweise Verabreichung von Kochsalz und von Calcium chloratum in 4%iger Lösung, durch Adrenalintamponade und Dauerkompression mit Hilfe eines Gummischlauches, durch Einspritzung von Diphtherieheilserum und steriler 10%iger Gelatine, durch Auflegen von Penghawar Yambi und Kauterisation den Tod durch Verbluten hintanzuhalten. Alle diese unsere Bemühungen waren vergebens, es blutete langsam und unaufhörlich weiter. Der Hämoglobingehalt des Blutes ging mehr und mehr bis auf 25% zurück. Das Kind wurde von Tag zu Tag matter, es nahm keine Nahrung mehr zu sich, nur Milch und überhaupt Flüssigkeit wurde noch gierig aufgenommen. Dabei wurde das Kind ziemlich unruhig und stieß besonders nachts häufig einen Schrei aus ähnlich dem Cri hydrencéphalique bei der Meningitis cerebrospinalis epidemica (vielleicht infolge von Gehirnanämie). Als interessant möchte ich hervorheben, daß das Kind bei den immer mehr zunehmenden Blutverlust und der geringen Füllung des Gefäßsystems ganz instinktiv ständig das Deckbett wegstrampelte und die Beine hoch auf dasselbe hinauflegte, gleichsam um dadurch eine Autotransfusion herbeizuführen.

Da bereits alle Mittel, die Blutung zu stillen, fehlgeschlagen hatten, machten wir den Versuch, ihm Blut von einem gesunden Individuum in das Gefäßsystem überzuführen. Wir entnahmen zu diesem Zweck einem nur mit einem Fußleiden behafteten, sonst aber vollständig gesunden Patienten aus der gestauten Kubitalvene unter streng aseptischen Kautelen 200 g Blut, dieses wurde mit einem Glasstab defibriniert, filtriert, mit steriler physiologischer Kochsalzlösung innig gemengt und 750 ccm verdünnt. Natürlich wurde darauf gesehen, daß diese Mischung die Körpertemperatur beibehielt.

Inzwischen war bei dem Kinde wie zur intravenösen Kochsalzinfusion die Kubitalvene freigelegt worden und wir ließen die Mischung ohne jeglichen Druck langsam einlaufen, eine Prozedur, die nahezu 3/4 Stunden in Anspruch nahm. Der Puls, der vorher äußerst frequent (160 Schläge pro Minute) und klein war, wurde noch während der Infusion voll und kräftig.

Am Tage nach der Infusion antwortete der Patient auf diese Einverleibung von fremdartigem Blut zunächst mit einer hohen Fiebersteigerung bis zu 39,6°, die aber sofort wieder zurückging und am dritten Tag nach der Infusion die Norm erreichte. Aus dem Zahnfleisch des Oberkiefers trat nach der Infusion nur noch zweimal in viel geringerem Maße eine Blutung auf, während es aus der kleinen Inzisionswunde in der Ellenbeuge, die nach der Infusion durch vier dünne Katgutnähte und einen kleinen Druckverband geschlossen war, überhaupt nicht blutete. Der Puls blieb von da an gut.

Vom fünften Tage an nach der Infusion versuchten wir es außerdem noch in 3 tägigen Pausen mit Röntgenbestrahlungen, indem wir die Milz und die langen Röhrenknochen je 5 Minuten wie bei der Leukämie belichteten. Seit der ersten Röntgenbestrahlung hat Patient keine Blutung mehr gehabt, sein Befinden wurde von Tag zu Tag besser, die Augen blickten viel munterer, er antwortete auf Fragen und unterhielt sich mit den übrigen Kindern. Die hochgradige Blässe vor allem des Gesichtes und der Lippen machte einem zarten Rot Platz, die Nahrungsaufnahme hob sich und die Untersuchung des Blutes ergab nach der dritten Bestrahlung einen Hämoglobingehalt von 60%. Die mikroskopische Blutuntersuchung läßt aus den massenhaft vorhandenen kernhaltigen roten Blutkörperchen auf einen mächtigen regenerativen Prozeß schließen. Der Puls ist voll und kräftig und der Patient wird in den nächsten Tagen aus dem Krankenhaus entlassen werden.

Wenn wir die angewandten Mittel nochmals überblicken, so bin ich der Überzeugung, daß wir den Erfolg in der Behandlung lediglich der intravenösen Blutinfusion und den Röntgenbestrahlungen zu verdanken haben, und glaube, daß man in jedem Falle von Hämophilie, besonders wenn es sich um solche schwere Formen handelt, diese Methode wenigstens versuchen sollte.“ Grätzer.

Beisele (Tutzing), **Fall von Ascaris Mystax beim Menschen.** (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 45.) Der von B. beobachtete Fall begann und verlief folgendermaßen.

Am 28. September 1905 übernahm B. die Behandlung des an Masern erkrankten 2jährigen Kindes M. St. in G. Bei seiner zweiten Visite entdeckte er im Bette des Kindes ungefähr 15 Würmer, wie er sie noch nie gesehen hatte. Sie waren von verschiedener Länge, von 40—100 mm und hatten im übrigen vollkommen das Aussehen von Mehlwürmern, wie sie künstlich in großen Töpfen mit Kleie, altem Filz und etwas Bier gezüchtet werden, als Vogelfutter; dieselbe Färbung der Haut, nur etwas größer als jene; dasselbe Härtegefühl bei Berührung usw. B. sandte 6 Exemplare (3 Männchen, 3 Weibchen) an das Kgl. Pathologische Institut der Universität München und erhielt folgenden Bericht: „Die eingesandten Parasiten sind Ascaris Mystax, ein bei Hunden und besonders bei Katzen sehr häufiger Parasit, beim Menschen ist er sicher, wie Braun in seinem Lehrbuche mitteilt, erst ungefähr achtmal beobachtet worden, der Befund ist also sehr selten.“

B. forschte nun nach, ob die im Hause vorhandenen beiden Katzen oder der kleine Hund mit diesen Würmern behaftet wären, und vermochte den Kgl. Bezirkstierarzt dafür zu interessieren, der bei sämtlichen 3 Tieren unglaubliche Massen von Ascaris Mystax abtreiben konnte. Das Kind selbst bekam Kalomel und Santonin und entleerte noch 62 Askariden und tausende von Eiern und — eine merkwürdige Symbiose — hunderte von Oxyuren. Grätzer.

F. Hamburger (Wien), Über Salzödeme bei älteren Kindern. (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 47.) Man kann auch bei älteren Kindern, herz- und nierengesunden, durch Kochsalzzufuhr Ödeme hervorrufen, die bei kochsalzarmer Diät wieder schwinden. Die Kinder müssen aber in ihrem Allgemeinzustand geschädigt sein.

Sind Kinder durch irgend eine Erkrankung stark geschädigt und heruntergekommen, so reagieren sie gar nicht selten auf Kochsalzzufuhr mit Ödembildung, obwohl Herz und Nieren keine Erkrankung erkennen lassen. H. muß jedoch einschränkend bemerken, daß manche kachektischen Kinder auf vermehrte Kochsalzzufuhr nicht mit Ödembildung, sondern mit starken Diarrhöen reagieren. Dann bleiben begreiflicherweise Ödeme aus. Grätzer.

Adolf Nussbaum, Eine seltene Brustkorbverletzung. (Aus der Chirurgischen Klinik in Bonn.) (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 48.) Im folgenden wird über eine seltene Brustkorbverletzung berichtet, zu der kein analoger Fall bei der Durchsicht der ziemlich reichhaltigen Literatur gefunden wurde.

Es handelte sich um einen 9jährigen Jungen, der beim Kirschenpflücken auf dem Lande etwa 2 m tief von einem Kirschbaum heruntergefallen war. Ob er zuerst mit dem Kopf oder den Beinen unten angekommen war, konnte er nicht angeben. Die anwesenden Kameraden führten den Jungen nach dem Fall noch einige Schritte, riefen dann aber den Vater zu Hilfe, da der Kleine ohnmächtig wurde. Der Vater trug den Jungen, als er sich bald darauf erholt hatte, nach Hause und rief den Knochenflicker, der einen Notverband anlegte und sofortige Überführung in die Klinik anriet.

Beim Eintreffen in der Klinik am Tage nach dem Unfall machte der Junge einen schwerkranken Eindruck; er stöhnte und klagte über starke Kopf- und Rückenschmerzen. Die Gesichtsfarben waren blaß, der Ernährungszustand ein mittlerer. Auf dem Gesicht des Jungen malte sich ein Gemisch von Schmerz und Angst.

Der Puls war kräftig und seine Frequenz betrug 190 Schläge in der Minute. Die Temperatur war 39,8°.

Über beiden Lungen fand sich lautes, feuchtes und diffuses Rasseln, welches das Atemgeräusch völlig verdeckte, ferner Schallabschwächung über dem rechten Unterlappen auf der Rückseite. Andere Lungenveränderungen waren nicht nachweisbar. Auch die übrigen inneren Organe wurden gesund gefunden.

Verletzungen der Extremitäten und des Kopfes oder Abdomens waren nicht vorhanden.

In der rechten Lendengegend zeigte sich dicht unterhalb der zwölften Rippe eine pfenniggroße, schmutzig braun belegte Hautwunde. Nach der Wirbelsäule zu war die Haut schräg nach oben, etwas steiler als dem Verlauf der Rippen entsprechend, unterminiert, und bei Druck entleerte sich aus diesem Kanal schmutzig brauner, gashaltiger Eiter.

In der Gegend des fünften Brustwirbels fand sich eine spitzwinklige Prominenz, die genau der Mittellinie entsprach und außerordentlich schmerzhaft war. Die Umgebung des Vorsprungs war diffus geschwollen, und zwar lag die Schwellung mehr auf der rechten Seite. Zunächst wurde eine Wirbelsäulenfraktur angenommen, bei der jedoch auffiel, daß keine Störungen in der Funktion der Beine, der Blase und des Mastdarms vorhanden waren. Das Fieber bezog man auf die Infektion der Lendenwende.

Die Wunde selbst wurde in einer Länge von 6 cm gespalten und tamponiert.

Als am nächsten Morgen Geheimrat Garrè den Jungen sah, erklärte er sich gegen die Annahme einer Wirbelsäulenfraktur und glaubte eine Rippenfraktur und Dislokation des äußeren Fragmentes oder einen Fremdkörper annehmen zu müssen; da jedoch das Röntgenbild nichts von einer Rippenfraktur zeigt, wurde ein Fremdkörper diagnostiziert.

Bei der sofort vorgenommenen Operation stellte sich heraus, daß der Vorsprung dem Ende eines Holzstückes entsprach, das nach der Tiefe zu verfolgt werden konnte. Beim Einschneiden auf den Fremdkörper entwickelte sich ein 12 cm langer, etwa kleinfingerdicker Kirschbaumast. Der von ihm eingenommene Wundkanal führte direkt in die Tiefe der Rückenmuskulatur und streifte den Arkus des siebenten Brustwirkels so, daß das Periost zum Teil abgerissen war. Nach unten zu war es möglich, den Kanal mit der Kornzange bis zu der Inzisionswunde in der Lendengegend zu verfolgen. Beim Atmen kam etwas Luft aus der Inzisionswunde heraus, während die Kornzange in dem nach oben führenden Wundkanal lag. Eine Pleuraverletzung war daher wahrscheinlich. Da sie jedoch nicht sichergestellt war, zog man ein Drainrohr von der oberen Operationsstelle durch den Kanal zur Inzisionswunde und tamponierte.

Das Fieber stieg am selben Nachmittag auf 40°, um dann bis zum nächsten Nachmittag allmählich auf 37,8° zu sinken. Der Patient war andauernd sehr unruhig, schlief die Nacht nicht und delirierte zuweilen. Die Atmung war sehr frequent, der Puls betrug etwa 150 Schläge in der Minute. Eine immer stärker werdende Dyspnoe entwickelte sich, die Schmerzen im Rücken bestanden weiter und der Allgemeinzustand verschlechterte sich zusehends.

Am zweiten Tage nach der Operation wurde eine starke Dämpfung mit abgeschwächtem Atemgeräusch auf der ganzen rechten Thoraxseite nachgewiesen. Sie reichte bis zur vierten Rippe. Die diffusen Rasselgeräusche bestanden fort. Eine starke Zyanose der Extremitätenenden deutete auf Herzschwäche und konnte durch Digalen gebessert werden.

Am folgenden Morgen ergab die Probepunktion ein trübes Exsudat. Es wurde die Resektion der neunten Rippe angeschlossen und etwa 500 ccm trüber, bräunlicher Flüssigkeit entleert. Der in der Pleurahöhle tastende Finger fühlte einen Fremdkörper, der mit einiger Mühe entfernt wurde und sich als ein 8 cm langer Kirschast herausstellte. Die neue Wunde wurde drainiert und tamponiert.

In dem Pleuraexsudat wurden vom Hygienischen Institut in Bonn kulturell Streptokokken nachgewiesen.

Beim Verbandwechsel am nächsten Tage zeigte sich, daß die Hauptsekretion durch das in der ersten Inzisionswunde liegende Drainrohr erfolgt war. Eine erneute Sondierung von unten führte ohne weiteres in die Pleurahöhle, und zwar lag dieses Loch etwas tiefer als die Resektionsstelle der neunten Rippe. Mithin mußte in sitzender Stellung aus diesem das Exsudat abfließen. Zugleich ergab

sich dadurch die Eintrittspforte für den Fremdkörper in die Pleura. Durch das neugefundene Loch wurde ebenfalls ein Drain eingeführt.

Merkwürdig verhielten sich die gesetzten Wunden; es bestand nicht die geringste Neigung zu granulieren. Alle sahen aus, als ob sie eben geschnitten worden seien. Deutete dies schon auf die Schwere der Affektion hin, so wurde sie zur Gewißheit, wenn man den rapiden Kräfteverfall des Jungen erwog.

Das Fieber hielt sich zwischen 38—39°; der Puls blieb frequent. Die Dyspnoe und die Rückenschmerzen waren unverändert. Ebenso verhielten sich die Rasselgeräusche über den Lungen.

Am elften Tage nach der Verletzung trat unter zunehmendem Kräfteverfall der Exitus letalis ein.

Die Autopsie ergab eine beiderseitige serofibrinöse Pleuritis mit mäßigen Exsudatmengen. Im Unterlappen der rechten Lunge fand sich eine schlaffe lobäre Pneumonie im Stadium der roten Hepatisation.

Dieses entspricht dem ersten bis dritten Tag einer normal sich entwickelnden Pneumonie. Es hätte sich somit, normalen Verlauf der Pneumonie vorausgesetzt, in der rechten Lunge bei gesetztem Pneumothorax eine Pneumonie entwickelt oder wegen des gesetzten Pneumothorax wäre die vorhandene Pneumonie nicht weitergeschritten.

In der rechten Pleurahöhle fand sich außerdem ein etwa 2 mm langes Holzstückchen und ein ebenso großes Rindenläppchen.

Im Herzbeutel hatte sich eine geringe Menge trüben Exsudats gebildet.

Außerdem war eine Fettleber mittleren Grades vorhanden, die auf die Virulenz der Infektion zurückgeführt werden muß.

Wenn man sich nachträglich vorzustellen sucht, wie die Verletzung zustande gekommen ist, so geben die entfernten und im Wasser gereinigten Holzstücke darüber Aufschluß. Beide Stücke waren trockenes Holz. Der zuerst entfernte Kirschast besaß an beiden Enden eine frische Bruchfläche, während das aus der Pleura entfernte Aststück nur an einem Ende eine frische Bruchfläche zeigte, während die andere ziemlich dünn und leicht schräg abgeschnitten war. Die Brustfläche paßte an das am fünften Brustwirbeldornfortsatz gelegene Ende des ersten Holzstückes. Setzte man beide Stücke zusammen, so war der Länge nach von beiden etwa $^1/_3$ der Dicke abgespalten, und zwar so, daß nach dem Ende des Pleurastückes zu mehr abgespalten war und infolgedessen dieses Ende das dünnste war. Die Spaltungsfläche war eine alte, da sie ganz grau war; sie muß also schon vor der Verletzung bestanden haben.

Somit ist der Vorgang der Verletzung etwa folgender gewesen. Der Junge ist mit dem Unterkörper nach abwärts und dem Oberkörper etwas nach rechts geneigt gefallen. Im Fallen traf er mit der rechten Lendengegend dicht unterhalb des rechten Rippenbogens auf einen ungefähr senkrecht nach oben stehenden Ast. Ob derselbe in dem Baume selbst war, oder fest im Boden stand, läßt sich jetzt nicht mehr eruieren. Das nach oben gerichtete Ende des Astes war am dünnsten und leicht schräg abgeschnitten, so daß günstige Verhältnisse zum Eindringen in die Haut gegeben waren. Während nun der Junge auf den Ast aufgespießt wurde, drang die Spitze zwischen zwei Rippen in die Pleurahöhle. Dadurch wurde ihr plötzlich eine neue Richtung durch die starren Rippen gegeben. Das nachfolgende Holzstück konnte jedoch wegen einer Trockenheit nicht in die neue Richtung einbiegen, sondern brach ab und wurde durch die Wucht des Falles mit der abgebrochenen Spitze bis zum fünften Brustwirbeldornfortsatz getrieben. In dem Wundkanal brach dann der Ast zum zweiten Male ab und das periphere Ende fiel aus der Wunde heraus.

Das zwischen den Rippen eingedrungene Stück wurde durch die Atembewegungen vollends in die Pleurahöhle befördert und brachte so die tödliche Infektion.

Die Art der Verletzung weist sie in das Gebiet der Pfählungen. Von Madelung wurde dieser Begriff nach dem Vorgang englischer und amerikanischer Chirurgen in die deutsche Chirurgie eingeführt. Er definiert zwar die Pfählung als eine Verletzung, bei der spitze oder stumpfspitze Pfähle in den Unterleib eindringen.

Auch Silbermark schließt sich eng an diese Definition an. Nach diesen beiden Autoren würde man also eine Verletzung des Thorax durch einen pfahlartigen Gegenstand nicht zu den Pfählungen rechnen können.

Anders dagegen wenn man die Definition zugrunde legt, die Stiassny gegeben hat. Dieser Autor versteht unter einer Pfählung das Zustandekommen „einer gequetschten, komplizierten Stichwunde, die charakterisiert ist durch den Mechanismus und die Richtung der Verletzung, indem sich der menschliche Körper dem pfahlartigen, verletzenden Gegenstand durch Fall nähert und denselben gegen eine Körperhöhle vordringen läßt. Ähnlich setzt Tilmanns den Begriff der Pfählung auseinander, während Neumann ihn noch etwas weiter nimmt und den menschlichen Körper oder den verletzenden, pfahlartigen Gegenstand sich so bewegen läßt, daß der letztere in den Körper eindringt.

Auch diese Autoren gehen in der von ihnen gegebenen Kasuistik nicht auf Pfählungsverletzungen des Thorax ein. Nur Stiassny erwähnt zwei Fälle von totaler Aufspießung, bei denen der verletzende Gegenstand von dem Beckenboden bis zur Thoraxhöhle vordrang. Grätzer.

C. **Leede,** Zur Frage der Scharlachnephritis. (Aus dem Allgem. Krankenhause Hamburg-Eppendorf.) (Ebenda.) L. kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Es ist wahrscheinlich, daß das Scharlachgift jede Niere mehr oder weniger schädigt, ähnlich wie die Leber (Urobilinurie) und die Kapillaren der Haut (Stauungsversuch). Hierauf weist auch die verminderte Widerstandsfähigkeit der Scharlachniere gegen Diphtherieheilserum hin.

2. An sich genügt diese Schädigung der Nieren nicht, um zu einer Scharlachnephritis zu führen; hierzu führt erst eine angeborene Minderwertigkeit des Nierengewebes (familiäres Auftreten, Nierenentzündung beim leichtesten Scharlach), ähnlich wie bei anderen familiär auftretenden Komplikationen (Herzerscheinungen).

3. Die Wassermannsche Reaktion fällt zweimal so oft positiv aus bei Scharlachnephritikern als bei sonstigen Scharlachkindern.

4. Durch die Wassermannsche Reaktion wird möglicherweise eine Schädigung des Stoffwechsels auch eines anderen parenchymatösen Organes offenbart.

5. Die Nephritis als solche spielt keine ursächliche Rolle bei dem Auftreten der positiven Wassermannschen Reaktion.

6. Es ist zurzeit nicht möglich, die Lues in der Aszendenz als Ursache der Minderwertigkeit der Organe nachzuweisen, doch ist die Möglichkeit nicht zu bestreiten. Grätzer.

A. Hoffmann (Goldberg), Meine Behandlung der Schädelimpression des Neugeborenen. (Medizin. Klinik 1911. Nr. 46.) H.s erster Fall betraf ein Kind, das bei der Zangenextraktion des Kopfes eine tiefe Impression des Stirnbeins erlitten hatte, welche zum Teil über der unbehaarten Haut sichtbar war und außerordentlich das Kind entstellte. H. massierte die Umgebung der Impression, diese selbst, zog mit einer Hand kräftig an einem über der Mitte der Impression zusammengedrehten Haarbündel der reich behaarten Kopfhaut, während die andere Hand neben den Rändern der Impression kräftig in die Tiefe drückte; es schien die Einsenkung dadurch etwas seichter geworden zu sein; jetzt drückte H. mit beiden Händen, und mit einem Ruck sprang der eingedrückte Knochen wie ein eingebogenes Kartenblatt in seine normale Lage. Es folgte keine größere Schwellung nach, das Kind hörte schnell auf zu weinen und entwickelte sich ungestört; es ist heute eine 11 Jahre altes gesundes Kind ohne jede Spur der bestandenen Verletzung.

In den folgenden Fällen ist H. dreister vorgegangen. Massierend drückt er kräftig den Schädelknochen neben den beiden Kanten der imprimierten Stelle mit beiden Händen in die Tiefe, beide Daumen liegen dabei auf einer Seite, Zeigefinger und Mittelfinger beider Hände auf der andern Seite der Impression, die Finger liegen anfänglich in beträchtlicher Entfernung von der Impressionsstelle, drücken nach einer Stelle, die ungefähr im Zentrum der Schädelkapsel senkrecht unter der tiefsten Stelle der Impression liegt, und suchen dann in der Tiefe sich zu nähern. Der eingedrückte Knochen wird so von der Tiefe aus durch Druck gehoben, springt oft mit einem Ruck in seine normale Lage, oft aber erfolgt die Abflachung anfänglich allmählich, um dann bei Druck von einer andern Richtung aus, zuletzt meist plötzlich, die normale Lage einzunehmen. Die Einrichtung ist meist in wenigen Stunden zu erreichen, in wenigen Fällen brauchte H. einige Minuten, einen Mißerfolg hat er nicht gehabt. Die Einrichtung ist eine vollkommene. Spuren der Verletzung bleiben nie zurück. Der Druck während der Reposition kann manchmal soweit gesteigert werden müssen, daß das Kind zu schreien und zu atmen aufhört, aber nur während der kurzen Zeit des Druckes. Nach Nachlassen desselben verhält es sich sofort wie jedes gesunde Kind. Gesundheitsstörungen sind nie zur Beobachtung gekommen.

Grätzer.

Boldt (Graudenz), Über einen Fall von amyotrophischer Lateralsklerose im Kindesalter. (Ebenda.) In mehrfacher Hinsicht erscheint der Fall bemerkenswert. Erstens einmal seine Entstehung. Der bis dahin anscheinend ganz gesunde 8jährige Knabe, dessen Großvater väterlicherseits, Vater und ein Onkel väterlicherseits an Paralysis agitans gelitten hatten, erkrankt unmittelbar im Anschluß an eine Influenza unter rein motorischen Lähmungserscheinungen, die, zunächst nach ihrem Wesen noch zweideutig, allmählich mehr und mehr sich zu dem Krankheitsbilde der amyotrophischen Lateralsklerose verdichten. Die Annahme Strümpell's, daß eine kongenitale Anlage das wichtigste Moment der Ätiologie bilde, gewinnt

dadurch zweifellos an Bedeutung. Auf dem Boden dieser kongenitalen Schwäche des motorischen Systems entwickelt sich dann späterhin, begünstigt durch das Auftreten einer als Influenza gedeuteten fieberhaften Infektionskrankheit, der charakteristische Symptomenkomplex der Lateralsklerose. B. hat den Kranken während jener fieberhaften Erkrankung nicht beobachtet; es wäre immerhin möglich, daß es sich damals gar nicht um eine Influenza gehandelt hat, sondern daß jener fieberhafte Zustand nur eine Begleiterscheinung des ersten Einsetzens der Lateralsklerose war.

Bemerkenswert war auch der rapide Verlauf: in kaum 5 Monaten führte das Leiden zum Tode. Grätzer.

G. Meyer, Therapeutische Erfahrungen mit Arsen- und Guajacolarsenhämatose. (Aus der pädiatr. Poliklinik in München.) (Ebenda.) Die Präparate wurden bei 18 Kindern angewandt und erwiesen sich durchaus als wirksam. Grätzer.

L. Langstein und **E. Hörde**, Kranke Kinder bei Ernährung mit Frauenmilch. (Aus dem Kaiserin Augusta-Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche. (Therap. Monatshefte 1911. Nr. 12.) Für gesunde Kinder ist die Frauenmilch die idealste Nahrung; nicht so für kranke Kinder, wie die Ergebnisse der Verff. zeigen, die mit allen Vorsichtsmaßregeln (genaue Dosierung usw.) vorgingen. Nur ein geringer Teil der Fälle wurde in seinem kranken Zustande unmittelbar bei stillenden Müttern angelegt. Es geschah dies im allgemeinen nur bei Kindern, deren Zustand keine Gefahr von einer weniger sorgfältigen Dosierung der Frauenmilch, wie wir sie bei Ernährung an der Brust kaum vermeiden können, befürchten ließ, und die weder hochgradig schwach noch appetitlos waren. Im allgemeinen wurden die Kinder mit abgespritzter Frauenmilch ernährt. Diese Methode hat den Vorteil sorgfältiger Dosierung, erspart dem Kinde die Anstregung des Saugens an der Brust, die für schwerkranke Individuen nicht indifferent ist. Die abgespritzte Frauenmilch war im allgemeinen eine Mischmilch von mehreren Frauen; nur wenn es uns auf eine ganz bestimmte Fragestellung ankam, wurden die Kinder mit der Milch einer einzelnen Frau ernährt.

Unter den 188 Fällen waren:

29 Todesfälle = 15 %.

77 Fälle = 41 %, die sofort eine günstige Beeinflussung ihres Gewichtes und Allgemeinbefindens zeigten.

34 Fälle = 18 %, die langsamer gebessert wurden.

48 Fälle = 26 %, die auch nach langdauernder Ernährung mit Frauenmilch keine deutliche Beeinflussung ihres Ernährungszustandes aufwiesen, die sich erst nach Übergang zu künstlicher Nahrung zeigte.

Die Arbeit schließt mit den Worten:

„Wir möchten unsere Ausführungen über die therapeutische Verwendung der Frauenmilch für kranke Kinder und über die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit nicht schließen, ohne darauf hinzuweisen,

daß die Tatsache, daß Frauenmilch für kranke Kinder durchweg nicht indifferent ist und ihre Dosierung gekannt sein muß, um Schädigungen des Säuglings zu vermeiden, praktisch von größter Bedeutung wird, wenn man zu einem schwer kranken Kinde eine Amme nimmt. Hier liegt eine doppelte Gefahr vor. Die eine droht dem Kind. Ist es zu schwach oder vollständig appetitlos, dann wird es aus der Brust nicht trinken und dem Hungertode verfallen; ist es schwer gestört, und trinkt es zu gierig, dann kann ihm bei unvorsichtigem Vorgehen durch zu große Nahrungsquantitäten Schaden zugefügt werden. Auf der anderen Seite wird die Amme dadurch gefährdet, daß ihre Brust nicht vollständig entleert wird, im Beginn sogar nur minimale Mengen getrunken werden sollen. Da aber die Stauung leider nur zu häufig bewirkt, daß die Brust versiegt, werden durch kranke Kinder die Ammenbrüste gar nicht selten ruiniert, und ein Ammenwechsel ist deshalb in diesen Fällen nichts Ungewöhnliches: ein um so bedauerlicheres Vorkommnis, als dadurch nur zu oft auch eine Gefährdung des Ammenkindes bedingt wird. Man muß also dafür Sorge tragen, daß das schwer kranke Kind zunächst womöglich dosierte Mengen abgespritzter Frauenmilch erhält, daß die Brust der Amme gründlich entleert wird, was am besten durch das Anlegen ihres ins Haus mit aufgenommenen Kindes geschieht. Auf dem letzten Kongreß für Säuglingsschutz, der sich mit der Ammenfrage eingehend beschäftigte, wurde mit Rücksicht auf die Ammen empfohlen, kranke Kinder, bei denen die Dosierung der Frauenmilch sehr sorgfältig geschehen muß, für die Zeit, in der sie sehr knapp ernährt werden müssen, in Säuglingsheime aufzunehmen und sie in diesen mit abgespritzter Milch zu ernähren. Ein derartiges Vorgehen ist sicherlich zu empfehlen, es wird nicht nur Kinder vor dem Tode bewahren, sondern auch mit dazu beitragen, das Schicksal der Ammen in gewisser Beziehung seiner Unsicherheit zu entkleiden."

Grätzer.

F. Curschmann, Experimentelle und klinische Erfahrungen mit Azodermin. (Ebenda.) Es war wünschenswert, an Stelle des Amidoazotoluols einen noch weniger giftigen Ersatz zu finden. Es gelang dies durch Einführung einer Azetylgruppe in die Amidogruppe des Amidoazotoluols. Dies Azodermin-Agfa wird von der Akt.-Ges. für Anilinfabrikation hergestellt und als feines, ziegelrotes Pulver oder als 8%ige Salbe in den Handel gebracht.

Tierversuche ließen den Schluß zu, daß Azodermin gegenüber dem Amidoazotoluol als ungiftig erscheint, da die doppelte Gabe der Amidoazotoluolmenge, die schon schwere Vergiftungserscheinungen hervorruft, noch ohne Erkrankung vertragen wird. Auch bei der Aufnahme durch die verletzte Haut zeigte sich die Unschädlichkeit des neuen Präparates.

Diese Resultate ermutigten zu klinischen Versuchen. Seit etwa 8 Monaten hat C. ca. 200 Fälle verschiedenster Art teils mit selbst hergestellter 10%iger Azoderminsalbe, teils mit der fabrikmäßig erzeugten 8%igen Salbe behandelt. Es handelte sich dabei meist um Verletzungen, Versorgung von Wundnähten, Unterschenkelgeschwüre, Verbrennungen oder schlecht sich überhäutende Granulationen. Be-

sonders auffallend waren die Erfolge bei Brandwunden. Dabei fiel besonders auf, daß die Wundflächen, nach Abtragen der Brandblasen mit Salbe behandelt, kaum sezernierten, sehr rasch austrockneten und sich ungemein rasch überhäuteten. Selbst bei sehr ausgedehnten Defekten, bei denen man zunächst glaubte, ohne Transplantation nicht auskommen zu können, trat die Überhäutung so rasch und vollständig ein, daß jede andere Maßregel sich erübrigte. Die neue Haut war anfangs sehr zart, so daß bei frühzeitiger Bewegung der Glieder Narbenkontrakturen nie zurückblieben. Dabei war sie so fest, daß ein Wiederaufbrechen nie beobachtet wurde.

Grätzer.

Hempel, Über Verätzung der Hornhaut durch Kali permanganicum. (Aus der Univ.-Augenklinik Straßburg i. E.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Dezemberheft 1911.) Der Fall betrifft ein Kind mit Blennorrhoea neonatorum, das mit Einträufelungen von Argentum nitricum und Auswaschungen mit Kaliumpermanganat behandelt wurde.

Infolge eines Mißverständnisses hatten die Eltern von letzterem Präparat nicht die angeordnete 1 %ige Mischung, sondern die verschriebene starke Lösung unverdünnt gebraucht, wodurch eine schwere Lid- und Hornhautverätzung mit schwarzen Schorfen zustande kam.

Die Ätzwirkung des Kaliumpermanganats beruht auf der bei Berührung mit organischer Substanz sich bildenden Kalilauge. Schon lange bekannt ist diese üble Nebenwirkung in der gynäkologischen Praxis, wo bei intrauterinen Spülungen und nach Ausspülung großer Wundhöhlen schwere Alkalivergiftungen beobachtet wurden. Besonders hat Zweifel auf diese Tatsache hingewiesen. In der Leipziger Frauenklinik werden deshalb Kaliumpermanganicum-Spülungen nur mit einem Zusatz von Essigsäure gemacht, um die entstehende Kalilauge zu neutralisieren.

H. empfiehlt daher auch dem Ophthalmologen, bei konzentrierten Kalipermanganicum-Lösungen, die er zur Verdünnung aufschreibt, einen schwachen Essigsäurezusatz zu verordnen. Wenn H. aber sagt, daß „die desinfizierende Wirkung des Kaliumpermanganats ja doch nur auf der Abgabe von Sauerstoff beruht", so ist diese Ansicht durchaus irrig; es sei nur an die anerkannte stark chemisch (Kalilauge) desinfizierende Wirkung der Kaliseifen erinnert.

Sommer (Zittau).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

E. Freund (Wien), Beobachtungen über Parotitis epidemica mit Komplikation von Seite des Pankreas. (Wiener mediz. Wochenschr. 1911. Nr. 49.) F. macht Mitteilung über eine von ihm beobachtete Mumpsepidemie. Am interessantesten waren einige Fälle, die nur durch eine Erkrankung der Bauchspeicheldrüse zu erklären waren. Er schreibt darüber:

„In den ersten drei Fällen schenkte ich der Affektion keine weitere Beachtung und hielt es für ein zufälliges Zusammentreffen. Als ich aber einige sehr gleichartig verlaufende Fälle gesehen hatte, erkannte ich, daß es sich um ein typisches Krankheitsbild handelte.

Es liegt in der Natur der Verhältnisse in der allgemeinen Praxis, daß die Fälle nicht so genau beobachtet und beschrieben werden können, wie es auf einer Klinik oder in der Spezialpraxis möglich ist. Die Beobachtungen sind aber doch so eindeutig und übereinstimmend, daß sie die Beurteilung des Krankheitsbildes als eines einheitlichen gestatten.

Im folgenden will ich meine Krankengeschichten mitteilen, wobei ich bemerken will, daß ich die ersten drei Fälle aus dem Gedächtnis niederschrieb, und mir erst in den weiteren Fällen Notizen machte. Sämtliche Fälle kamen in der Zeit zwischen anfangs Februar und Ende März 1911 zur Beobachtung.

Fall I. A. St., 8jähriger Schulknabe, seit einigen Tagen Mumps. Die Schwellungen im Gesicht schon im Rückgang begriffen; erkrankt gegen Abend unter Fieber, Erbrechen, Appetitlosigkeit und heftigen Schmerzen im Bauche. Druckempfindlichkeit zwischen Nabel und Schwertfortsatz. Heilung in wenigen Tagen.

Fall II. F. J., 10jähriger Schulknabe, Mumps. Als die Schwellung im Gesichte schon im Rückgang begriffen war, traten Fieber, Erbrechen und Bauchschmerz auf. Die ganze Nacht hat der Knabe sehr unruhig geschafen und phantasiert. Spontane und Druckempfindlichkeit zwischen Nabel und Schwertfortsatz, Bauchdecken nicht gespannt, Gesamteindruck einer schweren Erkrankung. Harn klar, enthält weder Eiweiß noch Zucker, Stuhl angehalten. Am nächsten Tage wesentliche Besserung, Stuhl von normaler Beschaffenheit, Genesung in wenigen Tagen.

Fall III. J. U., 6jähriger Knabe, Mumps. Die Schwellung im Gesichte ist bereits abgelaufen, neuerliche Erkrankung unter Bauchschmerz und Erbrechen. In der Nacht soll der Kranke hoch gefiebert haben. Vormittagstemperatur 36,8. Druckempfindlichkeit etwa in der Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz, nach links übergreifend. Nach 2 Tagen bedeutende Besserung zu konstatieren, Schmerzhaftigkeit gering. Appetit beginnt sich einzustellen. Patient will aufstehen.

Fall IV. F. K., 3jähriges Mädchen, erkrankt unter Bauchschmerzen, Erbrechen, vollständiger Appetitlosigkeit. Druckschmerzhaftigkeit der Oberbauchgegend, am stärksten in der Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz. Die Schmerzhaftigkeit greift auch auf die linke Seite über. Dabei war im Gesichte gar keine Schwellung zu konstatieren. Erst am dritten Tage der Krankheit trat eine leichte Schwellung der rechten Parotis auf, der dann auch die linke folgte, so daß sich in wenigen Tagen das typische Bild des Mumps entwickelte. Inzwischen gingen die abdominellen Erscheinungen rasch zurück, so daß nach einigen Tagen glatte Heilung zu verzeichnen war.

Fall V. R. U., 8jähriger Knabe, Mumps, besteht schon seit einigen Tagen, die Schwellung der Ohrspeicheldrüsen schon im Rückgang begriffen. Neuerliche Erkrankung unter heftigen Bauchschmerzen, Erbrechen grasgrüner Massen, hochgradiger Prostration. Schmerzhaftigkeit in der Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz, keine Defense musculaire. Harn klar, kein Eiweiß, kein Zucker, Stuhl angehalten. Das Erbrechen und die Schmerzhaftigkeit halten etwa 2 Tage an, die Druckempfindlichkeit erhält sich noch einige Tage länger, worauf langsam Genesung eintritt. Es besteht noch etwa 10 Tage hochgradige Appetitlosigkeit, und es dauert recht lang, bis sich der Knabe vollständig erholt.

Fall VI. Z. K., 11jähriges Mädchen, für sein Alter ungewöhnlich groß und kräftig, erkrankt an Mumps unter heftigem Kopfschmerz, anhaltendem Fieber, um 39,8 herum, hochgradiger Prostration, vollständiger Appetitlosigkeit, Stuhlverhaltung. Am dritten Tage der Erkrankung treten heftige Bauchschmerzen auf, ferner Erbrechen, das etwa 2 Tage anhält und bis auf geringe Mengen

flüssiger Kost jede Nahrungsaufnahme unmöglich macht. In der Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz nach beiden Seiten etwas übergreifend, und zwar etwas mehr nach rechts, findet sich eine deutlich sichtbare, etwa handtellergroße, flache Vorwölbung, die auch den Angehörigen aufgefallen war. Dieser Vorwölbung entspricht eine im Innern der Bauchhöhle nachweisbare Druckempfindlichkeit, die durch mehrere Tage hindurch konstant bleibt. Eine Resistenz nicht sicher tastbar. In dem mehrmals untersuchten Harn kann weder Zucker noch Eiweiß konstatiert werden. Stuhl angehalten, der durch Klysma erzielte Stuhlgang läßt äußerlich aufgelagerte Beimengungen von Schleim erkennen. Der Stuhl selbst von normalem Aussehen, namentlich keine sichtbaren Spuren von Fett. Nach etwa einwöchiger Dauer der Krankheit beginnt der Appetit wiederzukehren, eine leichte Druckempfindlichkeit besteht noch. Das sehr wohlgenährte, gut aussehende Kind ist in den wenigen Tagen unverhältnismäßig stark abgemagert. Bei früheren fieberhaften Erkrankungen, die das Kind durchgemacht hatte und die mit länger dauerndem Fieber einhergingen, Pneumonie, Diphtherie, Mittelohrentzündung, Influenza, Bronchitis, war die Abmagerung bei diesem Kinde bei weitem nicht so auffällig gewesen. In den späteren Tagen der Erkrankung und während der Rekonvaleszenz zeigte sich eine mäßige Pulsverlangsamung und ausgesprochene Arhythmie, ich möchte jedoch diesen letztgenannten Symptomen keinerlei Bedeutung beimessen, da sie bei diesem selben Kinde auch bei den genannten früher überstandenen Infektionskrankheiten in sehr ausgesprochener Weise aufgetreten waren.

Fall VII. A. Z., 8jähriges Mädchen, mit deutlichen Anzeichen überstandener Rachitis, für ihr Alter schwach entwickelt, erkrankte am 9. März an Mumps, am 12. März fühlte sie sich schon wohler und ging zur Schule, obgleich die Schwellung noch nicht zurückgegangen war. Am 13. März war die Schwellung der Ohrspeicheldrüse schon bedeutend zurückgegangen, als heftiges Erbrechen und Schmerzen im Bauche auftraten. An den nächsten 2 Tagen wurde alles erbrochen, selbst flüssige Kost. Am 16. März sah ich das Kind zum erstenmal, Temperatur 37,6, Gesamteindruck der einer schweren Krankheit, der ganze Bauch druckempfindlich, eine bestimmte Stelle im Bauche als Zentrum der Schmerzhaftigkeit nicht nachweisbar, da das Kind auch geistig etwas zurückgeblieben scheint und nur ungenaue Angaben macht. Die Ausatmungsluft riecht intensiv nach Azeton, der frischgelassene Harn ist hellgelb, gleichmäßig getrübt, enthält keinen Zucker. Im filtrierten Harn minimale Spuren Eiweiß, auf Zusatz von Eisenchlorid braunrote Färbung, mikroskopisch spärliche weiße Blutzellen und nur ganz vereinzelt Epithelien. Einige sehr kleine, rundliche, stärker lichtbrechende Gebilde ließen mich an Fettbeimengungen denken, weshalb ich den Harn mit Äther extrahierte und dann auf einem Tiegel abdampfen ließ. Es blieb ein leicht opaleszierender Rückstand, der beim Erhitzen deutlichen Akroleingeruch verbreitete. Nach 2 Tagen hatte sich der Zustand des Kindes bedeutend gebessert, Harn klar, Genesung in wenigen Tagen.

Fall VIII. F. K., 12jähriger Knabe, erkrankt am 24. März an Mumps. Am 27. März heftige Bauchschmerzen, vollständige Appetitlosigkeit, Brechreiz. Temperatur 38,6, Nahrungsaufnahme sehr gering. Zwischen Nabel und Schwertfortsatz Druckempfindlichkeit, und zwar hauptsächlich in der Mittellinie und etwas nach links sich erstreckend. Der übrige Bauch vollkommen frei, keine Muskelspannung. Stuhlgang tags vorher war angeblich von normaler Beschaffenheit. Harn klar, kein Eiweiß, kein Zucker. Die Erscheinungen klingen in 4—5 Tagen vollständig ab. Dieser Patient war der Bruder der Z. K. (Fall VI). Er stand schon vor der Erkrankung an Mumps wegen eines Bronchialkatarrhs in meiner Behandlung. Die Erkrankung erschien sehr verdächtig für eine tuberkulöse und es bestanden auch schon unmittelbar vor Eintreten des Mumps Temperaturen von 37,8 in den Nachmittagsstunden. Dieser Umstand muß bei Beurteilung der Temperatur von 38,6 in Betracht gezogen werden.

Wenn wir diese acht Fälle überblicken, gewinnen wir den Eindruck eines ziemlich einheitlichen und gut charakterisierten Krankheitsbildes. Gewöhnlich treten im Verlauf der Parotitis epidemica am dritten oder vierten Tage, nachdem die Schwellung der Ohrspeicheldrüse den Höhepunkt schon erreicht oder überschritten hat, unter

Fiebererscheinungen, die in den leichteren Fällen nur niedrig sind und rasch vorübergehen, Schmerzen im Bauche und heftiges Erbrechen auf.

Dabei bestehen Appetitlosigkeit, Stuhlverhaltung, Abgeschlagenheit. Objektiv findet sich bei leicht erhöhter oder auch normaler Temperatur eine ziemlich umschriebene Druckschmerzhaftigkeit, etwa in der Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz. Diese Schmerzhaftigkeit erstreckt sich in mehreren Fällen auf die linke Seite des Oberbauches, nur in einem Falle auf die rechte Seite. In einem Falle war auch eine deutliche Vorwölbung sichtbar. Défense musculaire fehlte regelmäßig, Zucker wurde nie im Harn gefunden, nur in einem Falle minimale Spuren von Eiweiß und spärliche Leukozyten und Epithelien. In demselben Falle sprachen auch mehrere Momente für das Vorhandensein von Fett. Die angewandten Untersuchungsmethoden scheinen mir diese Befunde doch nicht genügend einwandfrei zu beweisen, um von einer Lipurie zu sprechen. Der Befund erscheint mir aber so interessant und beachtenswert, daß ich ihn angeführt habe, um bei eventuellen späteren Beobachtungen zu Untersuchungen in dieser Hinsicht anzuregen. Die Krankheitserscheinungen dauerten 3—8 Tage, die Appetitlosigkeit hielt in einem Falle noch etwas länger an. Nur in einem einzigen Falle trat die Schmerzhaftigkeit in der oberen Bauchgegend zuerst auf und wurde erst durch die nach 2 Tagen auftretende Schwellung der Parotis als hierhergehörig erkannt. Alle Fälle gingen in Genesung aus, doch wurden die Kinder in den schwereren Fällen recht stark mitgenommen und brauchten 10—14 Tage zur vollständigen Erholung.

Mit Rücksicht auf diese Erscheinungen hat es wohl nichts Gezwungenes an sich, eine Erkrankung der Bauchspeicheldrüse, also eine Pankreatitis anzunehmen. Dafür spricht sowohl die Lokalisation der Erkrankung, als auch die strukturelle Verwandtschaft des Pankreas mit der Parotis. Auch das Erbrechen scheint mir darauf hinzuweisen, da es auch bei Pankreaserkrankungen anderer Ätiologie vorkommt.

Mir war bisher weder aus der Lektüre noch von der Klinik her von dieser Komplikation der Parotitis epidemica etwas bekannt. Durch eine persönliche Mitteilung des Dozenten Dr. Falta in Wien erfuhr ich, daß sich Dr. Rudolf Neurath in Wien mit der Bearbeitung desselben Gegenstandes befaßt. Dr. Neurath stellte mir über mein Ansuchen in zuvorkommender Weise die Korrektur seiner Arbeit zur Verfügung. Wie ich daraus entnehme, stimmen die von ihm gemachten Beobachtungen mit den meinen vollkommen überein, und auch die bei ihm angeführte Literatur scheint mir unsere Ergebnisse zu bestätigen. Was nun die Frage nach der Art der Infektion des Pankreas anbelangt, spricht sich Neurath für die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung der Krankheitserreger auf dem Wege der Blutbahn aus. Mir erscheint die Infektion auf dem Wege des Verdauungskanals und des Ductus Wirsungianus wahrscheinlicher. Dafür scheint mir der Fall IV meiner Beobachtungsreihe mit ziemlicher Sicherheit zu sprechen.

In diesem Falle war das Pankreas primär erkrankt und erst 2 Tage später begann die Erkrankung der Ohrspeicheldrüse. Es muß

in diesem Falle angenommen werden, daß das Pankreas auf dem Wege der Nahrungsaufnahme infiziert wurde und daß dann die Krankheitserreger durch das Erbrechen in die Mundhöhle gebracht wurden, von wo aus erst die Parotiden infiziert wurden.

Wie also in diesem Falle das Pankreas primär auf dem Wege des Verdauungskanals infiziert wurde, so wurde eben in den anderen Fällen das Pankreas in dieser Weise sekundär infiziert.

Nun noch einige Bemerkungen über das Verhalten des Harns und des Stuhls. In meinen sämtlichen Fällen ergab die Untersuchung auf Zucker ein negatives Resultat.

In einem Falle bestand starker Azetongeruch und die Reaktion auf Azetessigsäure war positiv. Bei dem Umstand, daß infolge des heftigen Erbrechens die Nahrungsaufnahme eine sehr beschränkte war, kann diesem Befunde keine große Bedeutung beigemessen werden.

Was die in dem Falle VII bestehende Möglichkeit einer Lipurie betrifft, will ich mich mit Rücksicht auf die nicht genügend verläßlichen Untersuchungsergebnisse jeder diesbezüglichen Schlußfolgerung enthalten. Auch im Stuhle konnte ich keine Anzeichen einer gestörten Pankreasfunktion konstatieren. Die in allen Fällen vorgefundene Obstipation ist durch die geringe Nahrungsaufnahme genügend motiviert.

Da es sich aber beim Mumps doch nur um vorübergehende und offenbar auch nicht sehr tiefgreifende Läsionen dieser Drüsen handelt, da wahrscheinlich auch nicht immer sämtliche Anteile einer Drüse gleichzeitig erkrankten, da ferner infolge der geringen Nahrungsaufnahme die Anforderungen an die Funktion des Pankreas minimale sein dürften, so erscheint es nicht verwunderlich, wenn bei dieser Form der Pankreatitis objektive Symptome einer gestörten Funktion fehlen.

Grätzer.

Musso, „Infantina". (Medicina Nuova II. Nr. 38 u. 39.) Die Arbeit des M. bestätigt von neuem die Vorzüge des bekannten Präparates „Infantina" von der Dr. Theinhardts Nährmittel-Gesellschaft, Cannstatt. Nachdem M. eingangs gegen den Mißbrauch der künstlichen Ernährung und gegen die für die Mütter leider nur zu verlockenden Anpreisungen ungeeigneter Kindernährmittel protestiert hat, betont er die Wichtigkeit der richtigen Auswahl des Nährmittels in denjenigen Fällen, wo die künstliche Ernährung nicht zu umgehen ist. Da in den letzten Jahrzehnten unter den Säuglingsnährmitteln insbesondere das Präparat „Infantina" die Aufmerksamkeit der Ärzte in steigendem Maße auf sich gelenkt hat, beschäftigte sich auch M. mit diesem Präparat, um seine Brauchbarkeit zu prüfen.

Zunächst bespricht M. im allgemeinen die rationelle chemische Zusammensetzung der „Infantina" mit ihren 16—17 % Eiweiß, 53,61 % löslichen Kohlehydraten, 16,72 % unlöslichen Kohlehydraten, 5 % Fettsubstanz und 3,47 % Nährsalzen, wovon 1,1 % Phosphorsäure.

Er hebt an der Hand dieser Zusammensetzung die weitgehende Annäherung des „Infantina"-Getränks an die Muttermilch hervor, betont den Reichtum der „Infantina" an Eiweißkörpern und deren Wichtigkeit für die beim Säugling so lebhafte Gewebsbildung, sowie

die so häufig gegebene Notwendigkeit einer gesteigerten Eiweißzufuhr nach Krankheiten zum Ausgleich des während der Krankheit erhöhten Verbrauchs an Körperstoffen. Er weist ferner auf die Bedeutung der Kohlehydrate und des Fettes als vorzügliche und leicht verdauliche Nährstoffe hin und erörtert schließlich ausführlich noch den besonderen Vorzug, der dem Phosphorgehalt der „Infantina" beizumessen ist. Die Art der Phosphoreinverleibung, wie sie durch die „Infantina"-Darreichung gewährleistet wird, erscheint ihm um so glücklicher, als „das Problem der geeigneten Verabreichung von Phosphor an das Kind immer schwierig ist."

Der nun folgende Bericht über die in der Pädiatrischen Klinik der Universität Genua gemachten Versuche betrifft eine Anzahl genau beobachteter Fälle, bei denen die Muttermilch fehlte und welche verschiedene Krankheiten und Magendarmstörungen aufwiesen. Es wurde während ihrer Behandlung neben der allgemeinen Beurteilung des Gesundheits- und Ernährungszustandes der Blutbeschaffenheit besondere Aufmerksamkeit geschenkt, indem periodische Blutuntersuchungen während der „Infantina"-Ernährung ausgeführt wurden. Die Beobachtungen wurden an Kindern gemacht, die neben Magendarmstörungen Unterernährung, zum Teil Rachitis und meist Anämie aufwiesen, und wurden durch $1^1/_2$—2 Monate fortgesetzt. Sie ergaben durchaus befriedigende Resultate: die Magendarmstörungen gingen in allen Fällen zurück, der Allgemeinzustand und die Anämie besserten sich sichtlich, auch die rachitischen Symptome wurden günstig beeinflußt, und es trat gute Gewichtszunahme ein.

Was speziell die Blutbeschaffenheit anbelangt, so mögen die zahlenmäßigen Angaben von fünf genau verfolgten Fällen hier wiedergegeben werden. Während der Beobachtungszeit von 6—8 Wochen bei „Infantina"-Ernährung änderte sich das Blutbild in folgender Weise: In Fall I stieg die Zahl der roten Blutkörperchen von 4000000 auf 4800000, der Hämoglobingehalt von 51 auf 68%; in Fall II die Blutkörperchenzahl von 3900000 auf 4300000, das Hämoglobin von 54 auf 68%; in Fall III betrugen die entsprechenden Werte 3150000 und 4350000 bzw. 48 und 77%; in Fall IV 2980000 und 4000000 bzw. 57 und 69%; in Fall V 2420000 und 3300000 bzw. 43 und 67%. Überall zeigte sich also eine sehr wesentliche Besserung der Blutbeschaffenheit.

Die Folgerungen, die M. aus den Beobachtungen in der Genueser pädiatrischen Klinik zieht, faßt er am Schluß seiner Arbeit wie folgt zusammen: „Zusammenfassend können wir sagen, daß „Infantina" eine Nahrung ist, die von Kindern sehr gut vertragen wird, ohne daß die geringste Störung des Verdauungsapparates auftritt. Außer der Tatsache, daß wir eine Erhöhung des Körpergewichts und eine Besserung des Allgemeinzustandes der Kinder beobachtet haben, bemerken wir besonders noch, wie die Blutbeschaffenheit durch das „Infantina" selbst sehr günstig beeinflußt wird."

Hundeshagen (Straßburg i. E.).

L. Corcetti, Der erste in Rom konstatierte Fall von Kala-Azar. (Gazz. degli osped. e delle Cliniche 1911. Nr. 19.) (R. Accad. di med. di Roma.) 5 Monate zuvor hatte das 4jährige

Kind angefangen bleich zu werden, während gleichzeitig der Leib an Umfang zunahm. Ein dazutretendes remittierendes Fieber trotzte jedem Mittel. In der Klinik konstatierte man eine enorme Hypertrophie der harten und glatten Milz zugleich mit einer Hypertrophie der Leber. Das Blut hatte einen Gehalt an roten Blutkörperchen von etwa 3000000, an weißen von 7900. Es kam zu einer schweren ulzerösen Stomatitis, dann erschienen große Blasen auf der Haut.

Das Fieber hielt an, und nach einigen weiteren Tagen starb das Kind in kachektischem Zustand. Die Diagnose hatte man auf infektiöse Milzanämie gestellt, und eine Milzpunktion gab näheren Aufschluß über die Natur der Krankheit: im Milzsaft fand man Leishmansche Körperchen.

Das Kind war in Rom geboren und hatte, seit seiner Rückkehr aus seiner Pflegestelle, immer daselbst gewohnt. Darum nimmt C. an, daß man es mit dem ersten römischen Fall von sicher bewiesenem Kala-Azar zu tun hat. In mehreren Fällen war dieser Verdacht bereits gehegt worden, aber niemals war der Nachweis der Leishmania gelungen.

Was den Ansteckungsmodus betrifft, so bleibt er unaufgeklärt: nach den angestellten Nachforschungen hatte kein Verkehr mit Hunden stattgefunden, und nach den Versicherungen der Familie wurden im Hause niemals Wanzen gefunden.

Die Behandlung mit 606 (12 cg, zwei Tage später 6 cg) war ohne Resultat. H. Netter (Pforzheim).

E. Cerrano, Eine seltene klinische Manifestation der Diphtherieserum-Anaphylaxie. (Gazz. degli osped. e delle Cliniche 1911. 9. Mai.) 5jähriges Kind, Diphtherie 2 Jahre vorher (1908), zwei Injektionen von Sclavoschem Serum, ohne üble Nebenwirkung. 8. September 1910 wieder an Diphtherie erkrankt, erhält das Kind 1500 AE. Sclavoserum. Am 9. Besserung, am 10. keine Beläge mehr, Allgemeinzustand gut. Am 18. Zeichen der Anaphylaxie: Abgeschlagensein, 39,6, frequenter Puls, Kopfschmerz, heftige Schmerzen in den Gelenken, besonders im Knie- und Sprunggelenk usw. Außer der Flexion beobachtet man Rötung der Gelenke mit leichtem Ödem. Wiederholte Schmerzanfälle während des Tages. Am Abend stat. id.; 39,2; am nächsten Tag Besserung, 38,7, Urin spärlich. Am 19. Zustand befriedigend, Ödeme verschwunden, Schmerzen unbedeutend, Urin reichlicher, 37,2. Am 21. völlige Heilung.

Also, Serumkrankheit infolge einer neuen, 2 Jahre nach der ersten gemachten Injektion, die Krankheitserscheinungen in Form des akuten Gelenkrheumatismus. H. Netter (Pforzheim).

A. Brondi, Die lange Inkubation bei der Tollwut. (Riv. d'igiene e Sanita pubbl. 1908. März.) Man unterscheidet bekanntlich das fixe Wutvirus und das Straßenvirus: das erstere tötet ein Kaninchen nach einer nahezu konstanten Inkubationsdauer, während für das letztere die Inkubationsperiode in ziemlich weiten Grenzen schwankt. Im Mittel 18 Tage, kann sie nicht selten sich über einige Monate erstrecken, und andererseits hat man auch Fälle erlebt, wo sie nur 6—10 Tage betrug. Beim Hund liegt die Inkubationszeit im Mittel

bei 40—45 Tagen, aber in gewissen Fällen manifestiert sich die Krankheit viel später, bis zu 7 und 8 Monaten nach dem Biß. Fälle dieser Art sind indes selten, während eine Inkubationszeit von 50—80 Tagen keineswegs etwas Exzeptionelles ist.

Was nun den Menschen betrifft, so hat Bauer festgestellt, daß auf 510 Fälle von verlängerter Inkubation die mittlere Dauer 39 Tage betrug in 49 Fällen von Wolfbiß, 78 Tage in 293 Fällen von Hundebiß und 80 Tage in 31 Fällen von Katzenbiß, außerdem verzeichnet die Literatur noch Fälle wie den von Boscini, wo die Inkubation 11 Monate, von Tiraboschi, wo sie 1 Jahr und von Colin, wo sie gar 4 Jahre betragen soll. Es ist indes als sicher erwiesen, daß die mittlere Inkubationsdauer ca. 2 Monate beträgt.

Die von B. mitgeteilte Beobachtung ist ein Beispiel von prolongierter Inkubation: Ein 10jähriges Kind kam auf die Turiner Klinik mit Symptomen der Wut, die sich nach einem Brande, wenige Tage nach einer heftigen Gemütserschütterung, bemerkbar machten, außerdem aber war es auch von einem Hunde verfolgt worden, ohne jedoch gebissen worden zu sein. Der Tod erfolgte am nächsten Tag, und die Autopsie ergab eine sehr starke Hyperämie des Zentralnervensystems und die Gegenwart von Negrischen Körperchen im Ammonshorn.

Eine sehr genaue Untersuchung brachte folgendes zutage: Die Familie besaß einen Hund, der 9 Monate zuvor von einem anderen Hund gebissen und etwa 20 Tage später getötet worden war. Das Kind war jedoch niemals gebissen worden; es ist danach wahrscheinlich, daß es während der Inkubationszeit durch Berührung mit dem Speichel des Hundes infiziert wurde, da nach Beobachtungen von Roux und Nocard und Zogarrio der Speichel von Hunden 4 bis 5 Tage, und sogar 13 Tage vor Ausbruch der Krankheit infektiös sein kann. Es würde sich also um eine Infektion durch eine sehr kleine Virusmenge handeln, wobei das Gift selbst wahrscheinlich wenig virulent war und durch eine sehr kleine Eintrittspforte eingedrungen sein muß, das nur sehr langsam das Zentralnervensystem erreicht hat, wo es lange latent bleiben konnte. Die heftige Emotion, die das Kind 9 Monate später traf, muß eine Hyperämie des Gehirns bewirkt haben, die das Virus geweckt hat und das klinische Tableau der Wut zum Ausbruch brachte.

Es ergibt sich hieraus die Forderung, daß die prophylaktische Maßregel der Sequestration eines jeden gebissenen Hundes, mag er nun von einem wutkranken, oder von einem verdächtigen oder unbekannten Tiere gebissen worden sein, immer streng durchgeführt werden sollte, da ja ein Tier bereits gefährlich sein kann, lange bevor es die Symptome der Krankheit zeigt. H. Netter (Pforzheim).

Guerra y Estapé, Ein Fall von asphyktischen Symptomen, hervorgerufen durch nasale Instillation von Mentholöl bei einem Säugling. (Clinica y Laboratorio 1910. 1. Aug.) Es handelt sich um das eigene Kind des Verf.s, um einen Säugling von einem Monat. Infolge eines Schnupfens war das Kind im Saugen sehr behindert. Der Vater machte ihm darum eine In-

stillation von 1 % Mentholöl in die Nase. Plötzlich sah er die Atmung stillstehen, das Gesicht ganz blaß, die Lippen zyanotisch werden; der Mund stand weit offen, der Puls war verschwunden. Kurz, das Kind war in einem Zustand äußerst bedrohlicher Asphyxie, aus dem es nur allmählich, nach Anwendung verschiedener Manöver herausgebracht wurde. H. Netter (Pforzheim).

Sabrazès, Dargein und **Mongreau**, Vakzinotherapie der multiplen und rezidivierenden Staphylokokkenabszesse. (Gazz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux 1911. Nr. 12. Die Vakzinotherapie nach Wright hat ausgezeichnete Resultate ergeben, besonders bei der Behandlung gewisser Fälle von Staphylokokkie und Gonokokkie.

Die Autoren haben das Verfahren in einem Fall von Staphylokokkie bei einem 15jährigen Mädchen angewandt. Im Anschluß an einen Nasenfurunkel bildet sich 8 Tage darauf ein Vulvaabszeß, dann, fast gleichzeitig eine umfangreiche Eiteransammlung im linken Ellenbogen, eine andere an der Außenseite des Armes. Einen Monat nach Beginn dieses Prozesses entsteht ein Eiterherd im linken Gesäß; einige Tage danach erreicht ein anderer Abszeß auf dem rechten Gesäß die Größe von zwei Fäusten; man inzidiert ihn, er bildet sich wieder und gewinnt die regio pubica. Die Kranke magert ab, wird anämisch und schwach, ohne starke fieberhafte Reaktion zu zeigen. Bierhefe bleibt wirkungslos. 8 Tage vergehen, und ein neuer Abszeß entsteht in der Karotisgegend, während die rechte Fossa iliaca eitert.

Die Injektion von Staphylokokken-Autovakzin (100 Mill. Mikroben) verhindert den Karotisabszeß zwar nicht am weiteren Fortschreiten. Aber der Allgemeinzustand erfährt eine merkliche Besserung, und die Pollakiurie, die Folge der Blasenreizung durch die Anwesenheit von Staphylokokken im Urin, nimmt ab. Die Temperatur wird wieder normal. 13 Tage nach der ersten Vakzinedosis wird noch ein in unmittelbarer Nachbarschaft des Abszesses der rechten Fossa iliaca zur Entwicklung gekommener Abszeß eröffnet, der sich in den 4 Tagen gebildet hatte, die auf die zweite Staphylokokken-Injektion (300 Mill.) gefolgt waren. Von da ab wird die Besserung noch deutlicher, die Eiterung versiegt, neue Abszesse bilden sich nicht mehr.

Der Hämoglobingehalt steigt. Der Polynukleose im Beginn (86,7 %) folgt eine Mononukleose, Lymphozytose, Eosinophilie. Der arterielle Druck hebt sich, aber der 8 Tage nach einer Vakzineinjektion festgestellte opsonische Index des Blutserums gegenüber dem Staphylokokkus bleibt bestehen. 7 Tage nach der dritten Vakzineinjektion wurde eine vierte gemacht (400 Mill.) und nach 8tägiger Pause eine neue von 500 Mill. Eine sechste Injektion von 600 Mill. wurde am 20. Dezember gemacht, d. h. 3 Monate nach dem Erscheinen des ersten Eiterherdes. Von da ab nimmt das Gewicht zu (um 5 kg), die Temperatur wird wieder normal, der arterielle Druck ist 13 (max.) und 9 (minim.); eine Mononukleose mit starker Eosinophilie folgt einer neutrophilen Polynukleose.

4 Monate später bewegt sich die Leukozytenformel der Norm zu, sie zeigt nur eine Lymphozytose an, der 15 Tage nach der

letzten Vakzineinjektion beträchtlich gestiegene opsonische Index (3) ist stets 1,88.

Der Fall schließt sich den von Wright, Mauté, Bertrand, Weichselbaum und Michaelis publizierten an.

H. Netter (Pforzheim).

P. Teissier und **P. Sutembacher,** Serum masernkranker und syphilitischer Antikörper. (Compt. rend. hebdom. Soc. de Biol. 1911. 3. Juni.) Das Serum eines ganz frisch sekundärsyphilitischen Maserkranken gibt am vierten Tag der Masernerkrankung eine negative WR., die in den folgenden Tagen mehr und mehr positiv wird.

Mehr als andere Sera scheint das Serum Masernkranker in vitro diese hemmenden Eigenschaften gegenüber der WR. zu besitzen.

H. Netter (Pforzheim).

Voisin, Vergleich zwischen der axillaren und rektalen Temperatur bei der tuberkulösen Meningitis des Kindes. (Revue de la Tuberculose 1910. Nr. 3.) Zwischen Achselhöhlen- und Aftertemperatur besteht beim Kind wie beim Erwachsenen eine Differenz von 0,2—0,4 etwa. Dieser Unterschied beruht auf der Abkühlung an der Peripherie und hält sich durch die Wirkung der zentralen nervösen wärmeregulatorischen Funktionen nahezu konstant.

Die Untersuchungen von V., angestellt an 27 Kindern, im Alter von 7 Monaten bis 11 Jahren und alle an einer, durch Lumbalpunktion wie Autopsie varifizierten tuberkulösen Meningitis erkrankt, zeigen, daß man bei dieser Krankheit bedeutungsvolle Störungen der Thermoregulation treffen kann. Dieselben sind nicht konstant, sie fanden sich nur zwölfmal unter 27 Fällen, i. e. in 44,5%. Sie sind verschiedener Art: sie bestehen bald in einer Erhöhung der normalen Differenz der Achselhöhlen- und Aftertemperatur, bald in einer Steigerung der Achselhöhlentemperatur über die Aftertemperatur, in einer Inversion der Kurven; bald in einer Diskordanz der Abweichungen beider Temperaturen; kurz, wir haben eine Dissoziation zwischen den beiden thermometrischen Kurven vor uns.

Das Alter des Kindes scheint keine Bedeutung für ihr Auftreten zu haben, es wurde beobachtet beim 7 monatigen Säugling wie beim älteren Kind.

Post mortem sind die Störungen seltener. Man kann eine Steigerung der Temperatur beobachten (viermal auf 16), aber meist wurde ein Abfall konstatiert. Das Sinken der Achselhöhlentemperatur vollzieht sich schneller als das der Aftertemperatur, ein gewöhnlicher Vorgang, aber die periphere Abkühlung beginnt sich selbst zuweilen vor dem Tod bemerkbar zu machen.

Diese Dissoziationsstörungen sind offenbar bulbären Ursprungs. Sie sind bisher unbemerkbar geblieben, verdienen indes in der Symptomatologie der tuberkulösen Meningitis vermerkt zu werden, neben den anderen bulbären, wohlbekannten Störungen des Pulses und der Respiration.

H. Netter (Pforzheim).

R. Waterhouse, Ein Fall von Apoplexie der Nebennieren. (Lancet 1911. 4. März.) Nach nur eintägiger, ohne auffallende klinische

Erscheinungen abgelaufener Krankheit war das 8 monatige, nicht geimpfte Kind gestorben. 2 Stunden vor dem Tod verbreitete sich ein fleckiges Exanthem über dem Rumpf, den Oberarmen und Oberschenkeln. Bei der Obduktion fanden sich Blutungen in beiden Nebennieren, neben Hyperämie und Ödem der Lungen, Blut, Zerebrospinalflüssigkeit und Milzgewebe steril.

In den 15, von W. aus der englischen Literatur bezeichneten Fällen, die Kinder im Alter von 2—15 Monaten betrafen, trat der Tod ebenfalls in weniger als 24 Stunden nach Krankheitsbeginn ein. Außer der Nebennierenblutung fand sich regelmäßig eine Lungenkongestion. Von den 15 Kindern war nur eines geimpft worden. — Da weder vorher noch nachher in der Umgebung der Kinder Pockenerkrankungen vorkamen, so läßt sich die ursprüngliche Vermutung, daß Variola vorgelegen hat, nicht aufrecht halten.

H. Netter (Pforzheim).

Charles Howell White, Ein Fall von Carcinoma myxomatodes testis in der Kindheit. (The Journal of Pathology and Bacteriology. Vol. 14. 1910. Sept.-Abdr.) In der Hauptsache detaillierte histologische Beschreibung des seltenen Falles, die durch gute Mikrophotogramme unterstützt wird. — Der Patient war 15 Monate alt, als die Mutter erstmals die Aufmerksamkeit eines Arztes auf die Anschwellung des Hodens lenkte, die auch von anderer Seite als ein Tumor diagnostiziert wurde. Die Operation wurde wegen einer kurzen fieberhaften Erkrankung des Kindes aufgeschoben und der Hoden exstipiert, als das Kind $16^{1}/_{2}$ Monate alt war (März 1909). Eine Infiltration des Samenstranges fand sich hierbei nicht; 5 Monate post operat. war das Kind ganz gesund. Über sein weiteres Schicksal erfahren wir leider nichts. — Der Tumor ist $1^{1}/_{2}$ Zoll lang, $1^{1}/_{2}$ Zoll breit, 1 Zoll dick.

Seiner histologischen Struktur nach ist der Tumor ein infiltrierender epithelialer Tumor und, „so natürlich man zögert, bei einem 16 monatigen Kind die Diagnose Karzinom zu stellen", so kommt W. auf Grund seiner sorgfältigen Untersuchungen von Schnitten aus alten Teilen der Neubildung zu keinem anderen Schluß. Des weiteren wird der Nachweis erbracht, daß der Ausgangspunkt des Tumors die intratestikulären Gänge (vasa recta) waren.

Von den am Schluß der Arbeit aus der Literatur zitierten drei Fällen von Hodenkarzinom bei Kindern hat der jüngste, von H. J. Clark (1900) von einem 8 monatigen Kind beschriebene histologisch mit den oben angezeigten unverkennbare Ähnlichkeit.

H. Netter (Pforzheim).

H. M. Scott, A report of seven hundred consecutive Cases of Tinea capitis. (British journ. of Dermat. Octob. 1911.) Die von der Tinea capitis befallenen Kinder gehörten meist den niederen Ständen der Londoner Bevölkerung an und hatten einander wahrscheinlich in den Elementarschulen infiziert. Es erkrankten mehr Knaben als Mädchen, fast überall fand sich das Mikrosporon, in wenigen Fällen Endothrix oder Mischinfektionen. Die Behandlung geschah durch Röntgenstrahlen. S. führt noch einige Favusfälle an,

die aber durchweg von auswärts nach London gezogene Kinder betrafen.
Max Joseph (Berlin).

George Pernet, Bullous Ichthyosis. (British journ. of Dermat. November 1911.) Das 4 Monate alte gut genährte Kind war über den ganzen Körper mit einziger Ausnahme von Handtellern und Fußsohlen mit schuppigen Lamellen bedeckt. Daneben erschienen Blasen, die Haut näßte häufig. 2 Jahre später bot die Haut außer einigen Blasen und kleinen Abszessen das Bild typischer Ichthyosis. Diese Affektion bezeichnet P. als kongenitale bullöse Eruption plus Ichthyosis und führt mehrere ähnliche Fälle aus der Literatur an.
Max Joseph (Berlin).

Ernest D. Chipman, A case of Granuloma annulare. (British Journ. of Dermat. November 1911.) Die tiefgehenden, harten, wachsfarbigen, etwas hervorragenden Knoten erschienen plötzlich an Ohr und Händen des zartgebauten, aber sonst gesunden 14jährigen Patienten. Histologische Untersuchung ergibt Hyperkeratosis, Zellinfiltration, deutliche Wanderzellen, weder Plasma- noch Riesenzellen. C. läßt es unentschieden, inwieweit tuberkulöse Belastung, rheumatische Veranlagung oder Störungen des Blutumlaufs ätiologische Momente für Granulome darstellen.
Max Joseph (Berlin).

A. Labhardt (Basel), Beiträge zur Kasuistik und Therapie der Melaena vera. (Gynäkologia Helvetica 10. Genf 1910.) In der Baseler Frauenklinik wurden in den letzten 8 Jahren unter 10350 Neugeborenen 21 Fälle von Melaena vera beobachtet, also ein Fall auf ca. 500 Kinder. In 9 Fällen fand sich neben dem typischen blutigen Stuhl auch Blutbrechen. Alle Kinder, die sämtlich von gesunden Eltern abstammten, sind erfolgreich mit Gelatine behandelt. „Das verwendete Präparat war die vom Schweizer Serum- und Impfinstitut in Bern in zugeschmolzenen Tuben von 10, 50 und 100 ccm in den Handel gebrachte sterile und auf Vorhandensein von Tetanustoxin biologisch geprüfte Gelatine.“ Die durch Erwärmung flüssig gemachte Gelatine wurde meist subkutan am Oberschenkel injiziert, seltener und mit geringerer Wirkung per os oder per rectum verabreicht, pro dosi 10 ccm, wenn nötig, mehrmals wiederholt. Die Injektion muß möglichst frühzeitig erfolgen. Daneben ist Wärmezufuhr (Couveuse) und Brustnahrung erforderlich (Mutter- und Ammenmilch).
Wegscheider.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 9. November 1911.

Unger: **Myxödem und Mongoloid bei einem Neugeborenen.** Das Kind zeigte schon bei der Geburt Symptome der beiden genannten Störungen. Die mongoloiden Erscheinungen sind deutlicher ausgeprägt (Gesicht, Überstreckbarkeit der Gelenke,

Nabelhernie), daneben besteht trockene, schlaffe, stellenweise verdickte Haut, heisere Stimme, große Zunge. Das Kind zeigt Untertemperaturen. Bemerkenswert ist das Bestehen der Myxödemsymptome schon bei der Geburt.

Abels weist auf einen von ihm vor kurzem in der Gesellschaft der Ärzte demonstrierten Fall von angeborenem Myxödem hin, das ebenfalls schon bei der Geburt die Zeichen der Erkrankung erkennen ließ.

Unger: **Status thymico-lymphaticus bei einem Neugeborenen.** Das Kind sieht sehr gut aus, die Zunge ist etwas groß, die Lymphfollikel am Zungengrunde sind vergrößert, ebenso die Lymphdrüsen am Hals. Die vergrößerte Thymus wird durch Perkussion und Röntgenbefund erschlossen. Keine Stenosenerscheinungen.

Bauer: **Ein Fall von Myositis ossificans multiplex progressiva.** $2^1/_2$ Jahre altes Kind, das seit einem halben Jahre Verknöcherung der Hals- und Schultermuskulatur und Einschränkung der Beweglichkeit von Kopf und Armen zeigt. Es bestehen weitgehende, ziemlich symmetrisch lokalisierte, doch in der Intensität nicht beiderseits ganz gleiche Veränderungen der Sternokleidomastoidei, der tiefen Hals-, der Schultergürtelmuskeln und beider Musculi bicipites. Die Wirbelsäulenversteifung dürfte auf Verknöcherung der Sehnen in dieser Gegend beruhen. Keine Zeichen von Entzündung. Auch in der Bauchmuskulatur findet sich je ein federkieldicker knöcherner Strang. Wassermann und Pirquet negativ. Es besteht Mikrodaktylie.

Der Sitz der Erkrankung, von der etwa 70 Fälle bekannt sind, ist im Bindegewebe der Muskeln und Sehnen zu suchen. Der frühe Beginn der Erkrankung spricht für das Vorhandensein einer kongenitalen Anlage. Dafür spricht auch das Bestehen anderer Mißbildungen. Die Erkrankung ist progredient.

Schlesinger bemerkt, daß man 2 Gruppen von Myositis unterscheiden muß, die sogenannte generalisierte Form beruht auf kongenitaler Anlage. In diese Gruppe gehört der Fall B.s. Die zweite Gruppe ist die lokalisierte Myositis. Diese hat Traumen oder schwere organische Nervenerkrankungen zur Grundlage.

Monti: **Doppelseitige Fazialislähmung bei einem 8jährigen Knaben.** Das Kind erkrankte am 19. September mit heftigen Fieber und Kopfschmerzen der Hinterhauptgegend. Am nächsten Tag fühlte sich Patient wohl, ging in die Schule. 4 Tage später neuerlich Fieber und Kopfschmerzen, im Anschluß daran Sprachstörung. Das Kind zeigt im Gesicht maskenartigen Ausdruck, beide Gesichtshälften sind durch Fazialislähmung schlaff geworden, die Stirn ist glatt, die Augen können nur unvollständig geschlossen werden. Patient kann weder pfeifen, noch die Wangen aufblasen. Lues und Tuberkulose sind auszuschließen. Tumor ist wegen Fehlen einer Stauungspapille unwahrscheinlich. Es wird die Diagnose auf bulbäre Form der Heine-Medinschen Krankheit gestellt.

B. Schick: **Zwei Fälle von familiärer spinaler Muskeldystrophie.** (Typus Hofmann Werdnig.) Beide Kinder, das eine jetzt 5, das andere 9 Jahre alt, entwickelten sich bis zum Alter von 10 Monaten sehr gut, begannen sich schon aufzustellen. Von da ab verschlechterte sich das Gehvermögen so weit, daß namentlich beim älteren Kinde das Gehen völlig unmöglich wurde. Besonders die Muskulatur des Beckengürtels und der Musculus quadriceps sind schwer geschädigt. Beim älteren Kinde ist der Muscul. quadriceps beiderseits völlig gebrauchsunfähig. Beide Patienten können mit hülsenartigen Verbänden gehen, die das Kniegelenk in gestreckten Zustand fixieren. Die Muskulatur des ganzen Körpers ist auffallend dünn. Auffällig ist ferner, daß bei den Kindern im Alter von 3 Jahren Stillstand des Prozesses eingetreten ist und daß die bis dahin schwer geschädigten Muskelparteien sich teilweise erholt haben.

O. Marburg: **Zur Pathologie der Myatonia.** M. betont vor allem, daß die Myatonie nicht einer Entwicklungshemmung im zentralen Nervensystem entspricht. Auch die Ansicht, daß Werdnig-Hoffmannsche Erkrankung und Myatonie identisch seien, ist abzulehnen. Auf Grund histologischer Präparate spricht M. sich dahin aus, daß die Myatonie als fötale Form der Poliomyelitis aufzufassen sei. Es finden sich entzündliche Veränderungen in den frisch befallenen Partien der Vorderhörner. Diese Ansicht hielt M. auch gegenüber dem Einwand Zapperts aufrecht, der darauf hinweist, daß die Poliomyelitis klinisch und ätiologisch scharf umgrenzt sei, und daß die Benennung fötale Poliomyelitis zu Mißverständnissen führen könnte.

H. Abels: **Spina bifida occulta mit angeborenen trophischen Störungen.** 11 Tage altes Kind mit atrophischen und schlaff gelähmten unteren Extremitäten. Am

Kreuzbein fühlt man einen mediangelegenen Spalt, der auch im Röntgenbild nachweislich ist. Im Abdomen tastet man einen pflaumengroßen, vielleicht der Niere angehörigen Tumor.

Zappert macht in der Diskussion aufmerksam, daß der im Abdomen zu tastende Tumor auch durch eine Spina bifida anterior erzeugt sein könnte.

Magyar: **Ein Fall von Ekthyma gangraenosum.** Ein 2jähriges Mädchen, ohne besondere Merkmale einer Kachexie, zeigt seit 14 Tagen diese Hautaffektion an der Haut der rechten Wade. Es ging keine Infektionskrankheit vor, es besteht kein Anhaltspunkt für Tuberkulose oder Lues.

R. Pollak: **Ein Fall von luetischer Arthritis.** $4^1/_2$ jähriger Knabe, der seit 6 Wochen an Schwellung beider Kniegelenke leidet. In den ersten Tagen leichtes Fieber, keine Schmerzen. Das geringe Fieber, das Versagen der Salizylpräparate sprechen gegen rheumatische Affektion, der normale Röntgenbefund gegen Tuberkulose. Wassermann positiv. Alles dies spricht für luetische Natur des Prozesses. P. berichtet auch über den Verlauf eines ähnlichen im Vorjahre beobachteten Falles. Es handelte sich um ein 11 Jahre altes Mädchen, das seit 5 Jahren an intermittierendem Hydrops der Kniegelenke litt. In Zeiträumen von 2—3 Wochen kam es regelmäßig zu mächtiger Anschwellung eines Kniegelenkes, nach 1—2 Tagen zur Schwellung der anderen Gelenke. Kein Fieber, keine Schmerzhaftigkeit. Wassermann auch hier positiv. Quecksilber wurde nicht vertragen. Es wurde Salvarsan injiziert (0,3). Danach durch 8 Monate rezidivfrei.

Schlesinger fragt an, ob dieses Kind eine Keratitis parenchymatosa gehabt hat, denn von Augenärzten wird darauf hingewiesen, daß Kinder mit luetischen Kniegelenksaffektionen immer Keratitis parenchymatosa zeigen. Da dies bei dem vorgestellten Kinde nicht der Fall ist, könnte es sich ganz gut um intermittierenden Gelenkshydrops auf nicht luetischer Grundlage bei einem sonst luetischen Kinde handeln. Das plötzliche Verschwinden der Erscheinungen nach Salvarsan spricht noch nicht für Lues, denn man sieht auch plötzliches Verschwinden der Symptome auf Therapie verschiedenster Art, so z. B. nach Pyramidon.

Kassowitz sah Gelenkshydrops auf Salizylpräparate schwinden.

Lehndorff: **Akute Leukämie mit Hautexanthem.** Es handelt sich um das von Frau Dr. Bien in der Sitzung vom 2. März 1911 vorgestellte Kind mit Pseudoleukämie Cohnheim-Pinkus (aleukämisches Stadium einer allgemeinen Erkrankung des lymphatischen Systems). Das Kind wurde längere Zeit mit Röntgen bestrahlt. Trotz Röntgen- und Radiumtherapie wuchsen die Drüsen beträchtlich, der Milztumor und die Anämie nahm zu. Das Kind wurde ans Meer gebracht, wo sich der Zustand verschlechterte. Mitte September Rückkehr nach Wien. Es fand sich mächtige Schwellung aller Drüsen, Leber und Milz war stark vergrößert, daneben bestand Anämie, Blutungen, Fieber, Kachexie und leukämisches Blutbild. Zum Schlusse wurden 200000 Leukozyten gezählt, davon 93—97 einkernige Elemente.

Während der zwei letzten Lebenswochen entwickelte sich ein eigentümliches Exanthem, das aus blaßbraunroten hanfkorn- bis über linsengroß papulösen Effloreszenzen bestand. Der ganze Körper zeigte dieses Exanthem mit Ausnahme der Hände und Füße. In ihrem Aussehen erinnerten sie an luetische Effloreszenzen. Die Hauteruption wurde histologisch untersucht und erwies sich bedingt durch leukämische Veränderungen. Dem papulösen Stadium des Exanthems gingen urtikariaartige und prurigoartige Eruptionen, die von starkem Juckreiz begleitet waren, voraus.

Verhandlungen der dänischen pädiatrischen Gesellschaft.

12. Sitzung am 16. November 1910.

1. Oberarzt Rolf Hertz: **Übersicht über die Reaktionen von v. Pirquet und Wassermann in dem Küsthospital Refsnäs.** (In dem Zentralblatt für Kinderheilkunde 1911 S. 244—245 referiert).

An der nach dem Vortrag folgenden Diskussion nahmen Teil Privatdozent Adolph H. Meyer, Abteilungsarzt Lendrop, Oberarzt Monrad und Dozent

C. E. Bloch, die namentlich ihre Erfahrungen über die v. Pirquetsche Reaktion mitteilen, welche mit den in anderen Kulturländern veröffentlichten Resultaten im ganzen übereinstimmten.

2. Oberarzt Monrad: **Ein Fall von Tetania infantilis mit Sektion.** Kritik der Escherichschen Theorie. Es handelte sich um ein 7 Monate altes Mädchen, mit Kuhmilch ernährt. Es hatte oft Ernährungsstörungen gehabt; 2 Monate vor der Aufnahme ein paar Krampfanfälle. Während einer Verschlimmerung der Ernährungsstörung wurde sie, sehr elend, aufgenommen. Es war typische Tetaniestellung der beiden Hände, typische laryngospastische Anfälle, kein Fazialisphänomen, aber typisches Erbsches galvanisches Symptom (KOZ bei 2 MA). Keine Rachitis. Sie starb 24 Stunden nach der Aufnahme. Sektion. Die Gland. parathyreoideae waren makroskopisch normal, und mikroskopisch wurde überall (ca. 1000 Serienschnitte) vollständig normale Struktur gefunden.

13. Sitzung am 25. Januar 1911.

Kommunearzt Asmund: **Erfahrungen aus den Säuglingspflegestationen.** Am 1. Oktober 1908 wurden sechs, später noch zwei Säuglingspflegestationen in Kopenhagen eröffnet. Diese Stationen sind nur Beratungsstellen für arme Mütter mit ihren Brustkindern. Künstlich genährte Säuglinge wurden nicht aufgenommen. In dem ersten Jahre wurden die Stationen von 367, in dem zweiten Jahre von 423 Müttern besucht. A. teilte seine Erfahrungen aus der Sprechstunde in diesen Stationen mit.

Diskussion. Abteilungsarzt Lendrop und Privatdozent Melchior hoben hervor, daß sie mit dem Referent uneinig wären, wenn er tuberkulösen Müttern die Brust zu geben erlaubte. Oberarzt Monrad fand es richtig, daß die Stationen nur Brustkinder aufnahmen. Stationen für künstlich ernährte Säuglinge waren auch notwendig, aber mußten ohne Verbindung mit den vorhandenen Stationen sein. Es war wichtig, die Säuglinge schon in dem ersten Monat aufzunehmen, andererseits konnte man, wenn das Geld nicht hinreichte, sie in dem Alter von 9 Monaten fahren lassen. Monrad besprach dann die primäre Hypogalaktie. Er fragte, ob der Referent häufig fissurierte Warzen beobachtete. Außer Überfütterungsdyspepsie existierte eine Unterernährungsdyspepsie. Grüne Stühle bei Brustkindern waren häufig; wenn die Kinder gediehen, waren diese Stühle keine Indikation für eine Behandlung.

Dr. Asmund fand es zweifelhaft, ob es für eine tuberkulöse Mutter besser sei, anstatt die Brust zu geben und wiederum warmes Mittagessen und einen Liter Milch täglich zu bekommen, auf Arbeit zu gehen und schlechte Kost zu bekommen. Fissurierte Brustwarzen hat er fast niemals in seinem Klientel beobachtet. Die vor und nach dem Säugen landläufige Abwaschung der Warzen mit Borsäurewasser findet er ohne Nutzen. Die Menstruation trat häufig auf bei den Brust gebenden Müttern, aber hatte in seinem Klientel keine Rolle für das Säugen gespielt. Bei neuer Gravidität trat gewöhnlich Hypogalaktie auf, aber er glaubt nicht, daß es dem Kinde schadet, wenn man die gravide Mutter säugen läßt. Überernährung hat er selten beobachtet. Grüne Stühle waren ohne Bedeutung für das Gedeihen und Allgemeinbefinden des Kindes. Es sei ihm nicht klar, ob die sogenannten Unterernährungsstühle von Unterernährung oder Intoleranz verursacht wurden. Er glaubt, daß das von Monrad empfohlene häufige Säugen bei Hypogalaktie von problematischem Nutzen war, er zog vor, jede Brust bei jedem Säugen vollständig zu entleeren. Er hat nicht beobachtet, daß gewisse Stoffe in der Kost der Mütter schädlich auf die Kinder wirkten, dagegen hat er geglaubt, Nutzen zu sehen durch die Verordnung von Eisen an anämische Mütter.

14. Sitzung am 28. Februar 1911.

Der Vorsitzende hielt eine Gedächtnisrede auf Prof. Escherich.

1. Oberarzt Monrad: **Einige Fälle von halbseitigem Riesenwuchs.** Es handelte sich um vier Fälle, drei angeborene und einen erworbenen.

a) 5jähriger Knabe, der demonstriert wurde; der Riesenwuchs umfaßte die ganze rechte Körperhälfte, nicht allein Gesicht, Truncus, Arm und Bein, sondern auch Zunge und Skrotum. Das Röntgenbild zeigte, daß auch die rechten Knochen bedeutend vergrößert waren. Kein Zeichen von Hypophysisleiden durch die Röntgenuntersuchung.

b) 14 Monate altes Mädchen, das auch demonstriert wurde; es handelte sich um linksseitigen Riesenwuchs; hier nahmen die Knochen aber keinen Teil an den Riesenwuchs. Hypophysisgegend normal bei dem Röntgenbefund.

c) Angeborener linksseitiger Riesenwuchs bei einem 2 Monate alten Knaben. Speziell Hypertrophie der linken Wange, der linken Zungenhälfte, des Armes und des Beines. Der Knabe starb an Enteritis. Sektion verboten.

d) 2jähriger Knabe, in dem Kinderhospital wegen eines linksseitigen Nierensarkoms operiert. Damals keine Asymmetrie. 2 Monate später Rezidiv, dann hatte ein Riesenwuchs der Weichteile der linken Extremitäten sich entwickelt. Hypophysisgegend bei Röntgenuntersuchung normal.

Der Knabe starb an Sarkom in Peritoneum und Lunge; Sektion wurde nur für den Truncus erlaubt.

In allen vier Fällen zeigten weder Schweißsekretion, Behaarung, Sensibilität, Temperaturverhältnisse oder Reflexe Unterschiede an den zwei Seiten; keine Pigmentierungen oder Naevi an den hypertrophischen Teilen. Keines der Kinder litt an angeborener Syphilis.

2. Privatdozent Adolph H. Meyer: **Die Röntgendiagnose bei Barlowscher Krankheit.** M. demonstrierte Röntgenbilder von vier Fällen von Barlowscher Krankheit und erörterte die diagnostische Bedeutung des Röntgenbildes bei diesem Leiden.

Diskussion: Oberarzt Benny Meyer zeigte Röntgenbilder von zwei Kindern mit Barlowscher Krankheit und mittelstarker Rachitis, die den charakteristischen Schatten an den Epiphysisgrenzen nicht hatten. Oberarzt Monrad zeigte Röntgenbilder, die den Schatten hatten, und eine Reihe Bilder von einem anderen Kinde mit Barlowscher Krankheit, die den Schatten nicht hatten. Er betrachte deshalb die diagnostische Bedeutung als gering. Ein systematisches Röntgenphotographieren könnte übrigens vielleicht dem Wachstum der Epiphysen schädlich sein. — Privatdozent Adolph H. Meyer hob hervor, daß ein gewisser Grad der Veränderungen in den kranken Knochen notwendig sei, damit der Schatten deutlich würde. Deshalb hatte auch nur der positive Befund diagnostische Bedeutung.

3. Oberarzt Benny Meyer: **Ein Fall von Morbus cordis congenitus.** Demonstration eines Präparates von Septumdefekt nebst Obliteration des unter dem offen stehenden Duct. Botalli liegenden Teils der Art. pulmonalis.

Diskussion: Oberarzt Monrad war mit M. einig, daß die Differentialdiagnose der verschiedenen Formen von angeborener Herzkrankheit sehr oft unmöglich war. Bisweilen konnte man bei Kindern in den ersten Lebenswochen ein systolisches Geräusch über den größten Teil des Präkordium hören, das später in der 4.—6. Lebenswoche wieder vollständig geschwunden war. Er deutete diese Erscheinung als ein Zeichen von verspäteter Verschließung des Ductus Botalli, weshalb er warnte vor einer zu kategorischen Diagnose von angeborener Herzkrankheit bei neugeborenen Kindern. — Oberarzt Israel-Rosenthal glaubt, daß ein starkes systolisches Geräusch links im zweiten Zwischenrippenraum als Zeichen einer Konusstenose gedeutet werden kann. Anämische Geräusche waren auch bei älteren Kindern zu hören. Mit Hochsinger war er einig, daß anämische Geräusche nicht bei Säuglingen angetroffen werden. — Oberarzt Monrad war mit Hochsinger uneinig. Er hat oft anämische Geräusche bei Kindern unter 2 Jahren gehört. Assistent Oerum zeigte ein Präparat eines Septumdefektes von einem einjährigen Kinde, wo das Geräusch erst 8 bis 10 Tage vor dem Tode hörbar war. — Kommunearzt Asmund hat eine gravide Frau an drei Anfällen von rheumatischem Fieber behandelt. Sie gebar ein Kind mit einem angeborenen Herzfehler. Er fragte, ob ähnliche Fälle bekannt waren. — Oberarzt Monrad lenkte seine Aufmerksamkeit auf eine französische These, die diese Frage behandelte.

15. Sitzung am 5. April 1911.

Privatdozent Assistent Oerum: **Serumtherapie bei Cholerine.** O. teilte seine Versuche mit dem in dem Serumlaboratorium der Kgl. landwirtschaftlichen Hochschule zubereiteten Chlorineserum mit. Unter 46 mit Serum behandelten Patienten starben 7, die Sterblichkeit bei Cholerine ist gewöhnlich in Kopenhagen ca. 23 %. O. konnte noch kein Urteil über das Serum fällen, aber beabsichtigt seine Versuche fortzusetzen.

Diskussion: Dozent C. E. Bloch fand, daß die Sache noch ganz unreif sei. Es sei sehr zweifelhaft, ob die Cholerine wirklich von den Koliformen, wie O. annahm, verursacht wurde. Bakterieninvasion in die Organe war gewöhnlich in der Agone und post mortem. Er erörterte die modernen deutschen Anschauungen betreffend die Ätiologie der Cholerine. Er meinte auch, daß die Anwendung von Serum nicht ungefährlich sei. — Prof. C. O. Jensen hob hervor, daß die Cholerine der Kinder vieles Gemeinschaftliches mit der Kalbsdiarrhoe darbietet; da es bei diesem Leiden durch ein polyvalentes Serum gelungen war, Heilung hervorzurufen, war es berechtigt, eine ähnliche Therapie bei der Kindercholerine zu versuchen. Die Invasion von Bakterien, die man 6—8 Stunden nach dem Tode an dieser Krankheit in Niere, Milz, Herzblut und oft auch in dem Harn fand, war kaum eine postmortelle Invasion ohne Bedeutung. Das angewandte Serum war durch Impfungen auf vier Pferde mit bzw. 6 Metakolibazillformen, 6 Bazillen der Paratyphusgruppe, 6 Koli A- und 7 Koli B-Formen hergestellt. Es waren die Formen, welche man gewöhnlich bei der Cholerine fand. In dem neuen Serum würde Serum eines mit Pseudokolibazillen geimpften Pferdes zugesetzt werden. Die Wirkung des Serums war bakteriolytisch, vielleicht antitoxisch, gegenüber einzelnen Formen möglicherweise phagozytosebefördernd. — Privatdozent Adolph H. Meyer hob hervor, daß die Bakterien, die man in den Cholerinefäzes und in Reinkultur, in dem Harn bei den komplizierenden Pyurien fand, gewöhnlich auch in normalen Stühlen der Säuglinge vorgefunden wurden. Wenn diese Bakterien dann wirklich die Cholerine verursachten, mußten sie plötzlich virulent werden. Wußte man was davon? — Prof. C. O. Jensen fand es nicht unwahrscheinlich, daß unter gewissen Verhältnissen (Wärme, Ernährungsstörungen) Veränderungen der morphologischen und physiologischen Verhältnisse des Darms eintreten, so daß gewisse in dem Darm normal vorhandene Bakterien in das Blut und in die Organe hineintreten und eine pathologische Wirkung entfalten.

16. Sitzung am 3. Mai 1911.

Dozent C. E. Bloch: **Erfahrungen von Säuglingsheimen.** B. stellte die Forderungen auf, die man an Säuglingsheime stellen müßte, und gab Mitteilung von den guten Resultaten, die er in einem von ihm geleiteten kleinen Säuglingsheim erreicht hatte.

Generalversammlung. Es wurde beschlossen, die Verhandlungen in der „Ugeskrift for Läger" zu veröffentlichen. Der Vorsitzende, Direktor des Königin Louisen-Kinderhospitals, Monrad, und der Schriftführer, Privatdozent Adolph H. Meyer, wurden wiedergewählt. Die Gesellschaft zählt jetzt 32 Mitglieder.

Adolph H. Meyer.

III. Neue Bücher.

Pfaundler und Schlossmann. **Handbuch der Kinderheilkunde.** VI. Band (2. Ergänzungsschlußband). Leipzig, F. C. W. Vogel. Preis: Mk. 40.

Es sind eigentlich drei große und sehr wertvolle Lehrbücher in diesem dickleibigen Bande vereinigt, die Spezialkapitel der Pädiatrie auf das Eingehendste behandeln. G. Alexander hat die Ohrenkrankheiten bearbeitet, M. Nadoleczny die Sprach- und Stimmstörungen und O. Eversbusch die Augenerkrankungen. Wer diese drei wichtigen Gebiete genau studieren will, findet in diesem — vortrefflich ausgestatteten — Werke die beste Gelegenheit dazu. Ausgezeichnete Abbildungen — 32 Tafeln und 206 Textfiguren —, die uns ein überaus klares Bild des betreffenden Gegenstandes geben, dazu ein knapp gehaltener Text, der dem Leser alles Wissenswerte vorführt, bilden den Inhalt dieses Buches, das warm empfohlen werden darf. Grätzer.

The Translator und **Le Traducteur.** La Chaux-de Fonds.

Diese billigen, halbmonatlich erscheinenden Zeitschriften, welche zum Ziele haben, das Studium der betreffenden Sprachen zu erleichtern, sind sehr empfehlenswert. Kleine Erzählungen, Gedichte, wissenschaftliche Notizen, Rätsel usw. in großer Anzahl sind in jeder Nummer enthalten, zugleich wird die deutsche Übersetzung gebracht. The Translator erscheint bereits im 9. Jahrgang, Le Traducteur

im 20. Auch eine italienisch-deutsche Ausgabe (Il Traduttore) existiert. Wir kennen nur die ersten beiden, die uns sehr gefallen und gewiß manchem unserer Leser willkommen sein werden. **Grätzer.**

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

1. **Behrens, G.**, Klinische Untersuchungen über Vererbung und Bedeutung der Struma congenita (Freiburg). — 2. **Hoffmann, P.**, Maligne Uterustumoren im Kindesalter (Greifswald). — 3. **Jaenicke, W.**, Die Augenveränderungen beim Turmschädel (Rostock). — 4. **Koch, W.**, Bakteriologische Untersuchungen der Tonsillen bei Scharlach und Nephritis mit besonderer Berücksichtigung der Streptokokken (Leipzig.) — 5. **Kössler, R.**, Die Frühgeburtsfälle an der Heidelberger Kinderklinik in den Jahren 1904 bis 1910 (Heidelberg). — 6. **Kohlschütter, C. R.**, Die Resultate der bisherigen Behandlung der kongnenitalen Lues bei den Eltern (München). — 7. **Krawetz, Ch.**, Die Endresultate der Empyembehandlung bei Kindern (Berlin). — 8. **Krawetz, L.**, Zur Behandlung des angeborenen Schiefhalses (Würzburg). — 9. **Kubig, G.**, Beiträge zur Asthenia universalis congenita (Leipzig). — 10. **Langhoff, W.**, Zur Kasuistik der Mischgeschwülste der Niere im Kindesalter (München). — 11. **Lühmann, B.**, Eine neue Art von Gefäßerkrankung der Leber bei kongenitaler Lues (München). — 12. **Lutz, H.**, Erhebungen über das Gedeihen von Säuglingen bei Milchküchenernährung (München). — 13. **Mendelsohn, A.**, Beobachtungen über Hauttemperaturen der Säuglinge (Freiburg). — 14. **Mizoguchi, O.**, Beitrag zur Lokalisation der Tuberkulose im Kindesalter (München). — 15. **Mokownikowa, E.**, Angeborene Skoliosen (Berlin). — 16. **Müller, K.**, Reflexe beim Neugeborenen (München). — 17. **Rössing, H.**, Klinische Untersuchungen über Deformitäten der Nase bei Neugeborenen (Freiburg). — 18. **Schneider, F. X.**, Akuter zerebraler Tumor des frühen Kindesalters (München). — 19. **Speyer, S.**, Kongenitale Zwerchfellhernien (Heidelberg). — 20. **Thomas, E.**, Das leukozytäre Blutbild diphtheriekranker Kinder und dessen Beziehung zur Prognose (Leipzig). — 21. **Tschiarske, A.**, Über Vererbbarkeit der Myopie (Rostock). — 22. **Veil, O.**, Die Säuglingssterblichkeit während der letzten Jahre mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Tübingen (Tübingen). — 23. **Walther, E.**, Stieldrehung von Ovarialtumoren im Kindesalter und deren differentialdiagnostische Beziehungen zur Appendizitis (Leipzig). — 24. **Wittich, H.**, Versuch einer poliklinischen Tuberkelbehandlung der kindlichen Skrofulose mit Tuberkulose (Berlin).

IV. Monats-Chronik.

Am Sonntag den 14. April d. J. — einen Tag vor Eröffnung des Kongresses für innere Medizin — findet in Wiesbaden im Kurhause eine gemeinsame Tagung der südwestdeutschen und niederrheinisch-westfälischen Vereinigungen für Kinderheilkunde statt.

Berlin. Die Krankenhausdeputation beabsichtigt, den Gemeindebehörden ein Bauprogramm für ein neues Kinderkrankenhaus in der Wuhlheide mit 220 Betten für Kinder bis zum Alter von 3 Jahren zu unterbreiten, mit der Begründung, daß eine „schleunige“ Inangriffnahme notwendig erscheint.

Dresden. Dr. Baron ist zum Oberarzt der Inneren, Dr. Grunert zum Oberarzt der Chirurgischen Abteilung des Maria-Anna-Kinderhospitals gewählt.

München. Durch Erlaß der Regierung von Oberbayern vom 18. Januar werden die Bezirksärzte angewiesen, den Gebrauch langer Gummischläuche bei der Säuglingsernährung möglichst zu bekämpfen. — Die Zentrale für Säuglingsfürsorge in Bayern hat die Gründung von Kreisverbänden für die einzelnen Regierungsbezirke beschlossen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVII. Jahrgang. 1. Mai 1912. Nr. 5.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Tamio Tanaka (Straßburg), Über zwei Fälle von hypertrophischer Pylorusstenose beim Säugling. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. Heft 1.) Kasuistische Mitteilung mit Literaturbesprechung. Ohne eigene Meinung. Hecker.

P. Schneider (München), Bronchitis plastica. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. Heft 1.) Bei der Bronchitis plastica kommt es zur Expektoration von mehr oder weniger massiven Ausgüssen der mittleren und feineren Bronchien. Diese bestehen nach den Untersuchungen S.s (unter Pfaundler) aus nur P-freier Substanz, deren N-gehalt zwischen dem des Muzins und Fibrins liegt; sie spaltet keine reduzierende Substanz ab, ist in verdünntem Alkali und schwachen Säuren löslich, in stärkeren Neutralsalzlösungen im Gegensatz zu Muzin und Fibrin unlöslich und wird im Pepsin-Salzsäuregemisch nur langsam und unvollkommen verdaut. Hecker.

Ernst Welde (Dresden), Erfahrungen mit Salvarsan bei Lues congenita. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. Heft 1.) Auf Grund von 27 im Dresdener Säuglingsheim beobachteten Fällen empfiehlt W. das Mittel zur intravenösen Anwendung, ohne jedoch besondere Erfolge verzeichnen zu können. Hecker.

P. Rohmer (Köln), Zur Epidemiologie und Frühdiagnose der Masern. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. Heft 1.) Beobachtungen an einer Hausepidemie ergeben, daß die Isolierung von Masernfällen innerhalb der Klinik in praxi kein wirksamer Schutz gegen Neuansteckung ist. Die Übertragung erfolgte in den beobachteten Fällen in der Regel durch gesunde Zwischenträger. Das exanthematische Stadium ist bis in seine letzten Ausläufer hinein noch ansteckend; die schuppenden Fälle sind sicher nicht mehr infektiös. Das Inkubationsstadium ist nicht reaktionslos; meist finden sich mehrere Tage vor Ausbruch der katarrhalischen Symptome Schwankungen in der Temperatur, anfänglich Störungen, kurz vor der Eruption eine Einpackung. Beseitigung der Befunde des R. Hecker.

C. T. Noeggerath, Klinische Beobachtungen bei der Salvarsanbehandlung syphilitischer Säuglinge. (Aus der Universitätskinderklinik in Berlin.) (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75.

Heft 2.) Bezüglich der Gefährlichkeit des Mittels bei Kindern ist N. nicht mehr sehr ängstlich. Immerhin wird man gut tun, bei ganz jungen Säuglingen, namentlich, wenn sie in schlechtem Allgemeinzustand sind, entweder vorläufig Quecksilber zu geben oder anfangs nur kleine Dosen, 3—5 mg pro Kilogramm Körpergewicht, zu spritzen. Denn so wird man am besten hoffen können, die eingehend geschilderten Schädigungen namentlich im zweiten kritischen Stadium zu vermeiden. In dem Falle sollte man jedes Kind erst einmal 8 bis 14 Tage auf seinen „Zustand“ beobachten.

Säuglinge, die septisch erkrankt sind, sollten vorläufig wenigstens von der Salvarsanbehandlung ausgeschlossen werden.

Zur Zeit kommt allein die intravenöse Injektion in Frage; nicht weil sie wirksamer wäre als die anderen Applikationen, aber weil sie anfangs und wohl auch späterhin weniger Gefahren bietet als jene.

Als Dosis efficax minima für die Symptome bezeichnet N. 2 mg pro Körpergewicht. Es soll aber so hoch wie möglich mit der Dose gestiegen werden, so häufig wie möglich gespritzt werden, so daß man bald zu 0,1 g pro Injektion kommt.

Unangenehme Nebenerscheinungen sind — trotz Anwendung größerer Dosen — in der letzten Zeit immer weniger zur Beobachtung gelangt; was wohl zum Teil auf Beobachtung obiger Vorsichtsmaßregeln beruhen mag.

Die Frage nach der Wirksamkeit des Mittels im Säuglingsalter darf etwa so beantwortet werden: Die schnelle symptomatische Beeinflussung steht außer Diskussion. Die weitere Frage, ob es schneller wirke als das Quecksilber, kann nicht ohne weiteres zugunsten des einen oder anderen Mittels entschieden werden. Denn es gibt fraglos Fälle, die auch auf erstaunlich geringe Quecksilbermengen ebenso schnell mit Rückgang der Symptome reagieren wie auf Salvarsan, während andere sich gegen das eine oder andere Mittel resistenter erweisen.

Die Frage der Heilung ist zu bejahen. Doch waren die Fälle bisher selten, was vielleicht mit der lange Zeit geübten vorsichtigen Dosierung zusammenhängen mag. Es scheint die Kombination mit Quecksilber relativ die besten Aussichten zu bieten.

Jedenfalls ist Salvarsan auch für das Säuglingsalter als ein wertvolles Antisyphiliticum anzusehen. Hecker.

Hermann Wittich, Versuch einer poliklinischen Tuberkulinbehandlung der kindlichen Skrofulose und Tuberkulose. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. Heft 2.) Eine poliklinische Behandlung der Skrofulose und Tuberkulosis incipiens der Kinder mit kleinen, langsam steigenden Dosen ist zu empfehlen.

Der Erfolg der Behandlung besteht darin, daß die skrofulösen Stigmata schwinden, der Appetit gut wird, das Gewicht steigt, der Husten aufhört, daß bei Durchfällen normaler Stuhlgang eintritt, daß die Schmerzen und Stiche in der Brust aufhören, daß die Nachtschweiße nachlassen oder seltener werden und daß sich das Allgemeinbefinden hebt. Hecker.

Egon Rach, Zur Kenntnis der luetischen Lepto-Meningitis beim Säugling. (Aus der K. K. pädriatischen Klinik in Wien.) (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. Heft 2.) Der Nachweis von Spirochaeta pallida in der intra vitam durch Lumbalpunktion gewonnenen Flüssigkeit spricht beim Säugling für eine schwere, floride, echt syphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems oder seiner Häute, unter der Voraussetzung, daß im strömenden Blut Spirochäten nicht nachweisbar sind. Hecker.

Kornel Preisich, Über Scharlach. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. Heft 2.) Kritische Bemerkungen zu Dr. Pospischils und Dr. Weiß' gleichbetitelter Monographie. Hecker.

Fernand Masay, Beitrag zur Lehre von der Temperatur der Frühgeborenen. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. Heft 2.) Von den Ursachen, die beim Frühgeborenen zur Hypothermie führen, ist die wichtigste der Einfluß des Nervensystems; wichtiger als die verhältnismäßig größere Oberfläche und als die schwache Entwickelung der Fettschicht. Da die Zentren der Wärmeregulierung noch nicht entwickelt sind, herrscht eine gewisse Anarchie der Wärmebildung. Je weiter ein Frühgeborener vom Ende der Schwangerschaft entfernt ist, um so leichter ist er der Erkältung ausgesetzt, unabhängig von seinem Gewicht und von seiner Fettschicht. Der Frühgeborene verteidigt sich der Hyperthermie gegenüber ebenso schlecht wie gegenüber der Hypothermie. Hecker.

R. Lederer und **Hans Vogt** (Straßburg), Spirometrische Untersuchungen zur Pathologie und Pharmakologie der Atmung im Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. Heft 1.) Aus den schönen Untersuchungen ergibt sich, daß die durchschnittliche Atemtiefe bei akut oder chronisch lungenkranken Kindern geringer ist als die normaler Kinder im gleichen Alter, daß dagegen die Schwankungsbreite der absoluten Atemgröße bei jenen größer ist als bei diesen. Die anormale Reaktion des atemkranken Kindes bei vertiefter Atmung ist eine Warnung von gewaltsamen therapeutischen Versuchen mit Atemübungen. Verf. haben schlechte Erfahrungen damit bei Bronchialektasie gemacht. Hecker.

A. Ruotsalainen, Studien über die Häufigkeit der Darmparasiten, namentlich des Oxyuris vermicularis, bei Kindern. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1911. Bd. 10. Nr. 7. S. 325.) Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Häufigkeit des Oxyuris vermicularis in Helsingfors. Die Untersuchung erfolgte nach der Methode Dahberg. Man entnimmt mit einem kleinen Löffel von 7 mm Durchmesser Fäzes und womöglich immer auch Rektalschleim. Mit Wasser in einer dünnen Schicht auf den Objektträger gestrichen und mit Deckglas versehen, wurde dieser Anstrich unmittelbar darauf mikroskopisch untersucht.

Im ganzen wurden 300 Kinder, 132 Knaben und 168 Mädchen untersucht (Arbeiter- und Handwerkerklasse). Bei 110 Kindern fanden sich Eingeweidewürmer oder Eier von Eingeweidewürmern = 36,67 %. Darunter: Oxyuris in 95 Fällen, Ascaris lumbricoides in 7 Fällen, Bothriocephalus latus in 6 Fällen, Taenia saginata in 2 Fällen.

Das jüngste Kind, das Oxyuren hatte, war 9 Monate alt. Oxyuren dürften häufiger vorkommen, als diese Zahlen ergeben. Daß die Kinder im ersten Lebensjahr selten Würmer haben, hängt mit der Ernährung der Kinder zusammen und mit der Unfähigkeit, sich frei zu bewegen. Es wurden keine sicheren Krankheitssymptome beobachtet.

Schick.

Aschenheim und **Tomono**, Über die Einwirkung von Pilokarpin auf das Blut, insbesondere auf die Eosinophilen. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1911. Bd. 10. Nr. 7. S. 340.) Bekanntlich findet man häufig bei Ekzem, Prurigo und Asthma bronchiale, also Symptomen, die der exsudativen Diathese angehören, Eosinophilie. Moro hat die Erscheinungen der exsudativen Diathese mit Störungen im Gebiet des Sympathikus in Zusammenhang gebracht, während Eppinger und andere die exsudative Diathese mit erhöhtem Tonus im Vagusgebiet in Verbindung brachten. Pilokarpin, ein Mittel, welches auf die Erfolgsorgane des Vagus reizend wirkt, soll ebenfalls Eosinophilie hervorrufen. Verff. haben nun bei Ekzemkindern Pilokarpin injiziert. Beim Menschen rufen nicht toxische Dosen von Pilokarpin keine einheitliche Beeinflussung des Blutbildes hervor. Die Eosinophilen zeigten stets ein geringes Ansteigen der Prozent- und absoluten Zahlen. Doch ist die Größe der Ausschläge zu gering, um daraus Schlüsse zu ziehen. Bei Verabreichung einer größeren Dosis von Pilokarpin kam es zu einem Sturz der Eosinophilen.

Diese Befunde beweisen also nichts für und nichts gegen den vagotonischen bzw. sympathikotonischen Charakter der exsudativen Diathese.

Schick.

Mathilde Lateiner, Ein Fall von Pyothorax, verursacht durch Micrococcus catarrhalis und Influenzabazillen. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1911. Bd. 7. S. 350.) Ein 3 Monate alter Säugling wurde mit Lungenentzündung und Pyothorax eingebracht. Die Probepunktion ergab eitriges Exsudat. Das Kind war 2 Monate vorher mit Fieber und Husten erkrankt, seither stark abgemagert. Bei der Aufnahme war das Kind zyanotisch und stark dyspnoisch. Links hinten ein Querfinger oberhalb des Angulus scapulae Dämpfung, die nach unten an Intensität zunimmt und seitlich bis zur hinteren Axillarlinie reicht. Das Atmen über der Dämpfung bronchial, nach der Basis zu abgeschwächt.

Die bakteriologische Untersuchung ergab Micrococcus catarrhalis und Influenzabazillen.

Schick.

J. Peiser, Zur Pathologie der Zylindrurie. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1911. Bd. 10. Nr. 7. S. 354.) Im eiweißfreien Urin können gelegentlich Zylinder gefunden werden. Aber es handelt sich dabei immer um vereinzelte Zylinder. Ernster zu beurteilen ist die gleichzeitige Ausscheidung zahlreicher Zylinder im eiweißfreien Urin. Normale Individuen zeigen dies niemals. Stets liegt einer solchen Zylindrurie eine chronische, subakute oder akute Krankheit oder experimentelle Schädigung zugrunde. P. hat für das menschliche Säuglingsalter den pathologisch-anatomischen Befund einer klinisch beobachteten Zylindrurie bei Albuminurie mitgeteilt. Es fand sich

parenchymatöse Degeneration der Nierenrinde, hauptsächlich der Tubuli contorti distal von den Henleschen Schleifen. P. hat nun einen zweiten Fall von Zylindrurie bei einem Säugling klinisch beobachten und histologisch untersuchen können. Es handelt sich um einen 2½ Monate alten Knaben, welcher wegen allgemeinem seborroischen Ekzem aufgenommen wurde. Der spärlich abgesonderte Harn enthält nur zweimal Spürchen Eiweiß, das dritte Mal war der Harn eiweißfrei. Am Tage nach der Aufnahme war der Urin klar, an den folgenden Tagen trüb und enthielt zahlreiche, lange, granulierte Zylinder. Die Obduktion wurde 4 Stunden nach dem Tode vorgenommen. Die Nieren zeigten sich blaß und nicht vergrößert. Glomeruli, Henlesche Schleifen und Sammelröhrchen boten nichts Abnormes. Die gewundenen Kanälchen dagegen befanden sich weit verbreitert, meist verändert im Zustande der trüben Schwellung und Zellendegeneration ersten Grades. Im Lumen gewundener Kanälchen fanden sich schollige Massen, welche als Grundformen von Zylindern anzusprechen waren.

Die Zylindrurie ist eine Erscheinung gestörter Nierentätigkeit und kann als Symptom der Nephritis angesehen werden. Schick.

Rusz Emerich, Die physiologischen Schwankungen der Refraktion und der Viskosität des Säuglingsalters. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1911. Bd. 10. Nr. 7. S. 360.) Die Schlußsätze Es lauten:

1. Der absolute Wert der Viskosität des Blutes und Refraktion des Plasmas schwankt je nach der Konstitution der Säuglinge zwischen recht weiten Grenzen.

2. Die Viskosität steigt in den ersten Tagen des Lebens, sinkt dann stark. Diese Abnahme setzt sich in immer geringerem Maße durch das ganze erste Lebensjahr fort. Die Refraktion steigt in den ersten Lebenstagen auch an; daran schließt sich unter normalen Verhältnissen eine bis zum 4.—8. Tage dauernde Abnahme; hernach beginnt die Refraktion neuerlich stark zu steigen; diese Zunahme dauert in immer geringerem Maße durch das ganze erste Lebensjahr.

3. Von den Tagesschwankungen der Refraktion und Viskosität des Blutes ist die Abnahme von morgens bis mittags am entschiedensten ausgeprägt. Die Abnahme setzt sich auch von mittags bis abends fort, wenn auch in geringem Maße und nicht so regelmäßig. Die Ursache der hohen Morgenwerte ist die Bluteindickung während der achtstündigen, nächtlichen Nahrungspause.

4. Der Einfluß der Nahrungsaufnahme auf die Refraktion und Viskosität des Blutes scheint je nach dem Zustande des Säuglings verschieden zu sein. Bei gut gedeihenden Säuglingen bleibt sie wirkungslos oder bewirkt Abnahme, bei schlecht gedeihenden Zunahme.

5. Diese untersuchten Faktoren können mitunter Schwankungen von einer Größe hervorrufen, die die pathologischen Werte bei Bluteindickung weit überschreiten. Letztere kann daher die selbständige unheilvolle Bedeutung, die ihr von einigen Autoren beigelegt wird, nicht besitzen. Schick.

A. Orgler, Über den Kalkstoffwechsel bei Rachitis. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1911. Bd. 10. Nr. 7. S. 373.) In den letzten Jahren ist von verschiedenen Seiten neuerlich die Theorie aufgestellt worden, daß Rachitis durch Mangel an Kalksalzen in der Nahrung hervorgerufen wird. Es liegen vollständige Stoffwechselversuche über den Einfluß eines der Nahrung zugelegten Kalksalzes auf den Kalkansatz des Säuglings nicht vor. O. hat an drei rachitischfreien und vier rachitischen Säuglingen Versuche durchgeführt. Die Säuglinge erhielten die Versuchsnahrung mehrere Tage, und dann wurde die Bestimmung vorgenommen. Gleich nach Beendigung des Versuches wurde derselben Nahrung Kalksalz zugelegt, und nach 3—4 Tagen der Hauptversuch angestellt. Bei den drei rachitisfreien Kindern zeigte das erste Kind keine Beeinflussung des Kalkansatzes in den zwei Perioden, bei den zwei anderen Kindern wurde während der Kalkzufuhr mehr Kalk ausgeschieden als in der Vorperiode. Von den Rachitischen mußte ein Kind ausscheiden. Bei den übrigen Kindern ergab sich nur in einem der Versuche Besserung der Kalkretention bei Kalkzufuhr. Trotzdem sind die Versuche geeignet, die Anschauung zu widerlegen, daß mangelnde Kalkzufuhr die Ursache der Rachitis ist. Schick.

Emil Reiss, Zur Erklärung der elektrischen Reaktion bei Spasmophilie. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. S. 1.) Bekanntlich wird zur Erklärung der Steigerung der elektrischen Erregbarkeit der Säuglinge eine Kalkverarmung des Organismus oder eine Verschiebung des normalen Verhältnisses zwischen Alkalien und Erdalkalien (Aschenheim) angenommen. Entsprechend diesen Vorstellungen ist es auch gelungen zu zeigen, daß durch die Zufuhr von Kalksalzen die spasmophilen Symptome schwinden. Nur Stöltzner steht auf gegensätzlichem Standpunkt. R. erörtert nun ausführlich die Ergebnisse experimenteller Untersuchungen über die direkte Wirkung des Kalziums auf Nerven und Muskel. Er weist darauf hin, daß Kalziumchlorid- und Chlornatriumlösung antagonistisch wirken, d. h. die durch eine Substanz hervorgerufene Herabsetzung (oder Verlust) der Erregbarkeit kann durch Zusatz der anderen Lösung wieder hergestellt werden. Gelegentlich von Versuchen mit verschiedenen Salzen hat sich folgende Reihe ergeben. Erregend: Lithium, Natrium. Hemmend: Magnesium, Kalzium, Ammonium, Kalium. Kalzium steht also ungefähr in der Mitte zwischen hemmenden und erregenden Salzen. Ferner ist bekannt, daß Kalzium nur in sehr geringer Konzentration reizend, in höherer Konzentration hemmend wirkt. Dazu kommt noch, daß Kalzium die Wirkung der Kathoden bei der Schließung und die Wirkung der Anode bei der Öffnung begünstigt. Kalzium ist das einzige Salz, dessen Verminderung allein genügt, beide Symptome der Tetanie hervorzurufen: die Übererregbarkeit und das Vortreten der Kathodenöffnungszuckung. Nicht zu erklären durch Kalziummangel ist die anodische Überregbarkeit.

Schick.

F. Schleissner, Beiträge zur Kenntnis der Streptokokken bei Scharlach. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. S. 28.) Bei der

Untersuchung von 108 klinisch beobachteten Scharlachfällen fanden sich 60 mal (55 %) Streptokokken intra vitam im Blute. Von den Streptokokkenfällen hatten 31 %, von den streptokokkenlosen 35 % Komplikationen; ein Zusammenhang der Komplikationen mit dem Vorhandensein an Streptokokken geht hieraus nicht hervor. Waren früher schon mittels biologischer Methoden (Agglutination, Komplementbindung, Bakterizidie) vielfach Differenzen zwischen Scharlach und septischen Streptokokken nachgewiesen worden, so ist es jetzt auch gelungen zu zeigen, daß in dem Blutserum septisch Erkrankter Immunkörper gegen Scharlachstreptokokken nicht vorhanden sind, während sie sich im Serum der Scharlachkranken fast stets fanden; so wird die Annahme wesentlicher Unterschiede zwischen Scharlach- und septischen Streptokokken immer wahrscheinlicher.

In den von S. untersuchten Schuppen aus verschiedenen Stadien der Abschuppung waren Streptokokken weder mikroskopisch noch kulturell mit Sicherheit nachweisbar.

Bei einer vergleichenden Übersicht der Temperaturtabellen der Scharlachfälle zeigt sich, daß ein Zusammenhang zwischen dem Verlauf des Fiebers und dem Vorhandensein von Streptokokken im Blute nicht besteht.

Die ätiologische Bedeutung der Streptokokken schlechtweg in Abrede zu stellen und ihnen lediglich eine sekundäre Rolle zuzuschreiben, erscheint nach diesen Erfahrungen vorläufig nicht angebracht; die vorgebrachten Tatsachen sind allerdings als exakter Beweis noch nicht ausreichend. Vielleicht können Tierexperimente an Affen nähere Aufschlüsse verschaffen.

Schick.

Samelson, Über Nebennierenpunktion im Säuglingsalter. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. S. 65.) Mit sehr komplizierter Methode ausgeführte Untersuchungen. Einem dekapitierten Frosch, dessen Rückenmark zerstört und dessen Bauch- und Brusteingeweide entfernt sind, wird in die Bauchaorta eine an einem Glasröhrchen sitzende Kapillare eingebunden, durch die Ringersche Lösung einströmt, um nach Passieren der Gefäße der unteren Extremitäten aus einem in die Bauchvene eingelegten Glasröhrchen abzutropfen. Die Tropfenzahl wird automatisch an einem Kymographion registriert. Die Beimischung von Serum verändert durch Wirkung auf die Vasokonstriktoren die Tropfenzahl.

Aus einer Reihe von Versuchen ergibt sich, daß die vasokonstriktorische Wirkung des Säuglingsblutes gegenüber dem des Erwachsenen bedeutend herabgesetzt ist.

Schick.

Benjamin und **Witzinger,** II. Die Konkurrenz der Antigene in Klinik und Experiment. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. S. 73.) Im ersten Teil (s. Referat) haben sich die Autoren mit der Abschwächung des Scharlachs durch Pferdeseruminjektion beschäftigt. Im vorliegenden Teil erweitern sie die Schlußfolgerungen auf Grund von tierexperimentellen Ergebnissen. Meerschweinchen, die mit 0,01 ccm Rinderserum vorbehandelt werden, gehen bei einer nach 9 Tagen erfolgenden Reinjektion von 0,2 ccm Rinderserum (intravenös verabfolgt) unter anaphylaktischen Erscheinungen zugrunde. Dieser

Tod kann jedesmal verhindert werden, wenn man 24 Stunden vor der ersten Injektion von Rinderserum 1 ccm Pferdeserum (prophylaktisch) injiziert.

Die Autoren bringen diese Erscheinung damit in Zusammenhang, daß durch die Injektion des einen Serums eine Hemmung der Reaktionskörperbildung gegen das zweite Serum erfolgt.

Im Schlußteile beschäftigen sich die Verff. mit der Bedeutung ihrer Befunde für die Klinik und erörtern die Beeinflussung des Verlaufes einer Krankheit durch eine zweite. Sie finden hier Tatsachen, die für das Bestehen solcher Verlaufsanomalien sprechen, so die Herabsetzung der Tuberkulin-, Serum- und Vakzineempfindlichkeit während der Masern, die Verlängerung der Inkubationszeit der Vakzination bei gleichzeitiger Injektion mit Masern. Therapeutische Erfolge haben die Versuche bisher noch nicht gebracht. Schick.

H. Meyersohn (Mannheim), Die Schulzahnpflege an den Mannheimer Volksschulen. (Der Kinder-Arzt 1912. Nr. 3.) Das Material zeigt, in wie schlechtem Zustand sich die Gebisse der Volksschüler befinden; nur ein ganz geringer Prozentsatz (3—4%) hat vollkommen gesundes Gebiß. Sehr häufig ist vor allem eine Erkrankung der Frontzähne und Molaren.

In Mannheim sah man von der Errichtung einer Klinik ab. Man wählte ein System, das die Gewähr bot, bei geringen Ausgaben eine große Leistungsfähigkeit zu erzielen.

Die zahnärztliche Fürsorge an den Mannheimer Volksschulen erstreckt sich auf ungefähr 30000 Kinder. Diese werden in bestimmten Zeiträumen untersucht, um festzustellen, welche Schüler einer Behandlung bedürfen. Die Untersuchung wird während der Schulzeit ausgeführt. Die Behandlung ist vollständig frei. Sie erfolgt auf Kosten der Stadt. Zur Schulbehandlung haben sich 16 Zahnärzte des Zahnärztevereins Mannheim zur Verfügung gestellt.

Die Vorzüge dieses Systems liegen vor allem in der Ersparnis des Baues und der Einrichtung einer Klinik. Eine jährliche Steigerung der Betriebskosten wie bei dem Institut einer Schulzahnklinik findet nicht statt (z. B. Anstellung von weiteren Assistenten und Krankenschwestern; Pension). Nach Vertragsabschluß der Stadt mit dem Mannheimer Zahnärzteverein sind die Gebühren der zahnärztlichen Behandlung wie in den Verträgen mit den großen Krankenkassen festgesetzt. Sie bleiben stets die gleichen.

Dadurch, daß die Zahnpflege möglichst vielen Kräften anvertraut ist (Dezentralisation der zahnärztlichen Tätigkeit), findet eine erhöhte Arbeitsleistung statt. Diese ist bei der Konzentrierung der schulzahnärztlichen Fürsorge nicht gut möglich, ohne die Kosten für die Hilfskräfte ins Ungewisse zu steigern. Vom 1. Juli 1910 bis 1. Juli 1911 sind 12126 Kinder untersucht worden. Zahnärztliche Hilfe nahmen 7355 Schüler in Anspruch. Die Zahl der Mädchen ist größer als die der Knaben. Durch die Behandlung erleidet die Schule keine Unterbrechung. Die Kinder können in den üblichen Sprechstunden (besonders in der schulfreien Zeit) den Zahnarzt aufsuchen. Dadurch, daß die Eltern den Arzt ihres Vertrauens wählen können,

werden sie sich leichter entschließen, den Anordnungen der Schule zu folgen.
Grätzer.

F. Hohmeier, Zur Behandlung rachitischer Knochenverkrümmungen. (Aus der Chirurg. Klinik in Greifswald.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 42.) Im Jahre 1909 machten Röpke und Anzoletti die Mitteilung, daß sie zur Ausgleichung diaphysärer, auf Rachitis beruhender Knochenverkrümmungen mit gutem Erfolge die nach längerer Immobilisierung auftretende Knochenatrophie benutzten. Das Bein wird nach geringer, die Anschmiegung des Verbandes gestattender Unterpolsterung eingegipst. Nach 4, bei älteren Kindern nach 6 Wochen wird der Verband von dem in dieser Zeit nicht belasteten Bein abgenommen und nun ohne Narkose die weich gewordenen Knochen gerade gebogen. Die Korrektur der diaphysären Verkrümmungen gelingt leicht, schwieriger ist das Redressement der paraepiphysären Deviationen; bei ihnen empfiehlt es sich, die einzelnen Komponenten der Deformität in zeitlich getrennten Abschnitten anzugreifen und das Errungene im Gipsverband festzuhalten.

Die Einfachheit und relative Gefahrlosigkeit dieses Verfahrens veranlaßte zu einer Nachprüfung; H. hat in sieben Fällen von Unterschenkelverkrümmungen seine Brauchbarkeit erproben können. Die Behandlung wurde in allen Fällen in der Poliklinik des Altonaer Krankenhauses ambulant durchgeführt. Verabreichung kalkarmer Speisen wurde angeordnet, sonst keine Änderung in der Ernährung getroffen.

In einzelnen Punkten wurde von Anzolettis Angaben abgewichen. Da die Kinder beim Redressementsversuch ohne Narkose schrien, also Schmerzen zu haben schienen, wurde immer der ungefährliche Ätherrausch zu Hilfe genommen. Hatte man nach Abnahme des Verbandes nach 4 Wochen bei einem noch ohne Ätherrausch ganz vorsichtig gemachten Versuch der Geradestellung das Gefühl stärkeren Widerstandes, so wurde ein neuer Gipsverband in gleicher Weise für weitere 2, bei älteren Kindern für weitere 4 Wochen angelegt; nach Ablauf dieser Zeit waren wesentliche Schwierigkeiten bei der Korrektur nicht mehr vorhanden. Durch den in Ruhestellung des Beines erhöhten Abbau von Kalksalzen waren die an und für sich noch nicht sehr festen Knochen so weich geworden, daß man sie wie Bleiplatten biegen konnte; die gute und leichte Modellierbarkeit gestattete eine ideale Korrektur auch der stärksten Verkrümmungen. In allen Fällen handelt es sich um doppelseitige Verbiegungen, die jedesmal in einer Sitzung ausgeglichen werden konnten.

Nach dem Redressement wurde ein Gipsverband angelegt, die Kinder zur Kontrolle dieses Verbandes am Tage nach dem Eingriff wieder bestellt; sie hatten, wie die Eltern erzählten, gar nicht über Schmerzen geklagt, die Nacht ruhig geschlafen. Das Fehlen der Nachschmerzen ist als vorteilhaft hervorzuheben vor den zur Durchtrennung des Knochens führenden Methoden, bei denen die Schmerzen die ersten Tage nach dem Eingriff selten zu fehlen pflegen. Nach 4 Wochen folgte nach Abnahme des Verbandes eine energische mediko-mechanische Nachbehandlung zur Kräftigung der erschlafften

Muskulatur und der Knochen, nach weiteren 14 Tagen die Belastung der Beine in einfachen Schienenapparaten, die $^1/_2$ Jahr lang getragen werden mußten.

Fissuren oder Infraktionen mögen bei der Geradebiegung wohl entstanden sein, niemals aber kam es zu völliger Kontinuitätstrennung des Knochens, und das ist ein Hauptvorteil dieser Methode vor der Osteoklase und Osteotomie, weil damit die den letzteren Verfahren anhaftenden Gefahren wegfallen. Grätzer.

E. Grafe, Zur Kenntnis der paroxysmalen Hämoglobinurie. (Aus der Medizin. Klinik Heidelberg.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 44.) In einem wichtigen Punkte unterscheidet sich dieser sonst charakteristische Fall von Hämoglobinurie von den anderen bisher beobachteten und beschriebenen Fällen: in einer weitgehenden Unabhängigkeit von der Außentemperatur. Daß große Schwankungen vorkommen können in der Intensität und in der Leichtigkeit des Auftretens der Anfälle, ist eine bekannte Tatsache und erschwert die Beurteilung therapeutischer Maßnahmen.

In dem vorliegenden Falle waren sie aber ganz ungewöhnlich groß, und es fand sich die merkwürdige Erscheinung, daß leichte Anfälle selbst in der gleichmäßigen Wärme eines gutgeheizten Krankensaals, ja sogar bei strengster Bettruhe sich einstellen, so daß man dann kaum mehr von einer Hämoglobinuria e frigore sprechen kann. Grätzer.

Ernst Durlach, Beitrag zur Auffassung und Therapie der schmerzhaften Armlähmung der Kinder. (Dérangement interne des Unterarms.) (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Göttingen.) (Berliner klin. Wochenschr. 1911. Nr. 47.) Wir geben die interessante Arbeit vollständig wieder:

„Im Laufe der letzten Wochen kamen in unsere Poliklinik drei Fälle von Armverletzungen, wie sie jedem Praktiker ihrer Ätiologie und ihrem Symptomenkomplex nach wegen ihrer relativen Häufigkeit sehr wohl bekannt sind. In den drei Fällen handelte es sich um Kinder im 2.—3. Lebensjahre, die nach Angabe der Mütter aus teils bekannter, teils unbekannter Ursache einen Arm plötzlich wie gelähmt, schlaff hängen ließen. Und zwar war die Lähmung so hochgradig, daß sie nicht einmal mit den Fingern spielten. Die Erscheinungen der Lähmung sind in diesen Fällen derartig, daß zur Zeit der hiesigen Epidemie spinaler Kinderlähmung ein solcher Fall für eine Lähmung gehalten wurde, zumal bei frischen Fällen von spinaler Kinderlähmung die Kinder Schmerzen haben.

Die genaue Untersuchung schloß allemal eine Fraktur mit Sicherheit aus, alle Bewegungen waren frei, nur die Supination des Unterarmes war beschränkt, bzw. wurde vermieden. Daraufhin wurde die Diagnose Dérangement interne gestellt — eine Bezeichnung, in der zugleich unsere Unkenntnis der anatomischen Grundlagen zum Ausdruck kommt — und zu ihrer Behebung die bekannte Übersupination bei gleichzeitiger Extension und nachfolgender Flexion im Kubitalgelenk ausgeführt.

Interessant ist nun das verschiedene Verhalten der drei kleinen Patienten nach dem Redressement:

1. Im ersten Falle bewegte das Kind ohne weitere Aufforderung unsererseits das Ärmchen, als wenn nichts gewesen sei und es froh sei, wieder in den freien Gebrauch seiner Glieder gekommen zu sein. Es wurde völlig geheilt nach wenigen Augenblicken entlassen.

2. Der zweite Fall nahm uns etwas länger in Anspruch. Nach dem Einrenkungsmanöver, bei dem das charakteristische Knaxen fühlbar war, ließ das Kind den Arm unbewegt hängen wie zuvor, und erst allerlei scherzende Ablenkungen, wie: „Alle Vögel fliegen hoch" — „Wie groß ist das Kind?" usw. mußten dem Kind den Glauben an die freie Beweglichkeit erst wieder beibringen. Einige Schokoladenplätzchen lenkten so stark ab, daß der „kranke" Arm sodann ohne weiteres zum Mund erhoben wurde. Auch dieser Fall verließ uns völlig geheilt.

3. Der dritte Fall machte uns recht stutzig und ließ uns zunächst an der richtigen Diagnose zweifeln. Als sich aber durch die genaueste Untersuchung keine pathologische Veränderung konstatieren ließ, wurde redressiert. Auch hier war wieder ein deutliches Knaxen zu konstatieren und man versuchte nun, das Kind zu spontanen Bewegungen zu veranlassen; aber alle Versuche schienen vergeblich, das Kind „wollte" nicht. Es griff bei festgehaltener Linken die vorgehaltenen Gegenstände mit dem kranken Arm und schleuderte sie unter eigensinnigem Schreien zur Erde, anstatt sie, wie gefordert, hochzuheben. Dies war schon eine bedeutende Besserung gegen den früheren Zustand, aber sofort ließ das Kind danach den Arm wieder völlig schlaff hängen, uns war damit allerdings die Bestätigung gegeben, daß eine wirkliche Bewegungsbehinderung fehlte. Trotz aller Bemühungen kamen wir nicht weiter. Damit das Kind aber auch außerhalb der Klinik den Arm bewegen sollte, legten wir den gesunden linken Arm unter dem Kleidchen fest. Nach dem Bericht der Mutter hat es noch einige Stunden gedauert, bis der Arm völlig gebraucht wurde, aber noch am Abend desselben Tages hat das Kind in alter Weise gespielt, ohne die geringste Behinderung zu zeigen.

Elf Tage später kam das Kind wieder zu uns mit eben derselben Anamnese und dem gleichen Krankheitsbild. Alles war wie beim ersten Mal: Schlappe, völlig gelähmte Haltung des Armes, Redressement und Weigerung, den Arm zu gebrauchen. Dieses Mal schickten wir die Mutter hinaus und unter der Wirkung der ganz fremden Umgebung zwangen wir das Kind, den Arm zu gebrauchen. Wir legten es auf den Bauch, so daß es sich mit den Händen aufstützen mußte, aber nur für wenige Sekunden blieb es in dieser Lage, bald ließ es sich auf die Unterlage niedersinken. Sodann gingen wir mit ihm im Zimmer auf und ab, wobei es nur mit dem kranken Ärmchen an einem Finger halten konnte; die zunehmende Spannung der Finger war uns ein Maßstab für die zeitweise stärkere Innervation vor allem in Momenten, wo die Aufmerksamkeit stärker abgelenkt wurde, bei plötzlichem Umdrehen und dergl. Sobald wir die Mutter wieder hereinholten, hatten wir das alte Bild, unter Schreien weigerte sich das Kind. Wir entließen die Mutter mit der Anweisung, sich durch das Schreien und Weigerung des Kindes, den Arm zu benutzen, nicht irre machen zu lassen und darauf gar keine Rücksicht zu nehmen. Aus dem Fernbleiben dürfen wir wohl schließen, daß sich das Krankheitsbild völlig behoben hat.

Bei der Betrachtung des Verhaltens der Kinder muß vor allen Dingen auffallen, daß die nervöse Reaktion in keinem Verhältnis zu der kleinen Verletzung steht. Eine derartige komplette Lähmung finden wir bei keiner ernsten Armverletzung. So ist es begreiflich, daß im Gegensatz zu der Auffassung der chirurgischen Lehrbücher die Ansicht Platz greifen könnte, daß es sich überhaupt nicht um eine spez. Verletzung, sondern nur um die psychische Wirkung eines beliebigen Traumas handele und der ganze Einrichtungsakt nur suggestiv wirke. Hiergegen spricht vor allem das regelmäßig in gleicher Weise fühlbare Knacken beim Redressement und auch, daß

andersartige nachweisbare Verletzungen, die den Arm treffen, nur in verschwindend seltenen Fällen zu einer psychischen Lähmung Veranlassung geben.

Die Verletzung, die man sich eventuell als eine leichte Verschiebung des Knorpels vorstellen kann, muß eine leicht redressierbare sein, und so ist es sehr wohl denkbar, daß bei Kindern von energischem Temperamente eine lebhafte Muskelspannung diese Verschiebung schon beseitigen kann. Daraus würde sich erklären, daß man diese Verletzung hauptsächlich nur bei muskelschlaffen Kindern und auch bei solchen findet, bei denen man aus dem Verhalten der Umgebung auf eine verweichlichte Erziehung schließen kann. So würde allein schon das Bestehen dieser Affektion dem Hausarzt Veranlassung geben, die Erziehung der Kinder zu revidieren.

Bei aller Berücksichtigung des psychischen Anteils an der Symptomatologie dieser Verletzung ist doch die Grundlage ein Dérangement interne, das augenscheinlich sehr unangenehme Sensationen hervorruft. Mit Beseitigung der somatischen Störung finden wir aber bei den Kindern ein charakteristisch verschiedenes Verhalten, wofür die obigen drei Fälle als Typen gelten können.

Der eine freut sich seiner wiedererlangten Gesundheit, der zweite unterliegt zunächst noch der Vorstellung der Lähmung, läßt sich jedoch in freundlicher Weise durch ablenkende Spiele von der Gebrauchsfähigkeit seines Armes überzeugen, beim dritten Kinde zeigt sich geradezu ein Widerstand gegen die wiedergewonnene Gesundheit, und wenn auch die Ablenkung vorübergehend gelingt, tritt doch, sobald es dem Kinde zum Bewußtsein kommt, die Lähmung wieder ein.

Von größter Wichtigkeit ist aber für Arzt und Patienten, daß er sich nicht durch Fortbestehen der Lähmung täuschen läßt, geradezu schädlich wirkt bei den in Frage kommenden Individuen Schonung, und ein irrtümlich angelegter Verband kann die psychogene Lähmung fixieren. Wenn es nicht gelingt, sofort den Arm bewegen zu lassen, so ist event. ein Verband am gesunden Arm zu empfehlen, wodurch das Kind gezwungen wird, den kranken Arm zu gebrauchen. Die in den chirurgischen Lehrbüchern anempfohlene Schonung scheint uns in diesen Fällen durchaus unangebracht.

Daß mit der Beseitigung der Lähmung die Aufgabe des behandelnden Arztes nicht erschöpft, dürfte sich aus dem Vorhergesagten verstehen.“ Grätzer.

P. Aaser, Über den Nachweis des Diphtheriegiftes im Blute Diphtheriekranker. (Aus dem bakteriolog. Laboratorium des epidem. Krankenhauses in Christiania.) (Berliner klin. Wochenschr. 1911. Nr. 48.) A.s Untersuchungen umfassen nur wenige Fälle, und was er hier vorgelegt hat, darf nur als eine vorläufige Mitteilung angesehen werden.

Doch glaubt er bewiesen zu haben, daß man nach Römers Methode die Anwesenheit des Diphtheriegiftes im Blute schwerkranker Diphtheriepatienten nachweisen kann. Aus seinen Versuchen geht ferner hervor, daß das Diphtheriegift in den meisten Fällen 24 bis

48 Stunden nach der Behandlung mit Heilserum anwesend ist. Sehr bemerkenswert ist der Fall, der intravenös behandelt wurde. Hier konnte A., trotzdem der Patient 4000 A.E. bekommen hatte, noch 48 Stunden nach der Behandlung die Toxinwirkung bei kutaner Einspritzung nachweisen. Dies ist noch mehr bemerkenswert, wenn man hört, daß der Patient schon 6 Stunden nach der Serumbehandlung fieberfrei wurde und sich vollständig wohl fühlte.

Bei toxischen Diphtherien, die in 3—4 Tagen zum Tode führen, hat A. post mortem das Diphtheriegift im Herzblut nachweisen können. Dies kann vielleicht so erklärt werden, daß die Serumdosis zu klein gewesen war.

Wenn der Tod erst spät in der Rekonvaleszenz eingetreten ist, hat A. dagegen das Diphtheriegift nicht nachweisen können. Dies ist aber natürlich, denn in solchen Fällen ist die Todesursache nicht die akute Vergiftung mit Diphtherietoxin selbst, sondern die Nachwirkung des Giftes. Grätzer.

Bockenheimer, Ein Fall von lebenden zusammengewachsenen Zwillingen (Pygopagen) mit besonderer Berücksichtigung der operativen Trennung. (Ebenda.) Es handelt sich um die jetzt $^1/_2$ jährigen Geschwister Hilton. Die sich lächerlich ähnlich sehenden Kinder haben vollständig voneinander getrennte Organe bis auf Mastdarm und Afteröffnung, so daß also auch hier das von französischen Forschern aufgestellte Gesetz der Vereinigung gleichartiger Teile zutrifft. Während die Genitalien doppelt entwickelt sind, jedoch wie dies z. B. auch bei den bisher beschriebenen Doppelmißbildungen der Fall war, die Labia majora beider ineinander überfließen, ist nur ein Anus vorhanden, von dem aus man in einen weiten Mastdarm kommt.

Allerdings zeigte eine tiefe Grube in der Nähe der Analöffnung die angelegte, aber nicht ausgebildete Afteröffnung des anderen Kindes. Die Untersuchung des Mastdarmes zeigte, daß der Mastdarm des einen Kindes sich nicht nach unten entwickelt hat, sondern in der Gegend des Steißbeines, welches bei diesem Kinde etwas verkümmert ist, in den Mastdarm des andern Kindes mündet.

Auch in den bisher beschriebenen Fällen, so z. B. auch bei den Geschwistern Blaschek, war nur ein After vorhanden, und nur in einem Falle von Barkow zeigte sich der Mastdarm bei diesen Mißbildungen doppelt angelegt.

Daß, wie dies in dem von Marchand beschriebenen Falle vorkam, größere Blutgefäße beider Individuen miteinander kommunizieren, ist deswegen nicht anzunehmen, da der Puls der Kinder nicht synchron ist.

Alle Organe der Kinder funktionieren selbständig mit Ausnahme des Rektums. Die Kinder haben an der Stelle, wo sie zusammengewachsen sind, eine gemeinsame Gefühlsphäre, sonst sind sie ganz unabhängig voneinander.

Daß es sich um zwei selbständige Individuen handelt, zeigt auch der Umstand, daß das eine z. B. schreit, während das andere schläft, daß beide sich gleichzeitig unterhalten können usw.

Eine Indikation zur Operation ist der Umstand, daß B. auf dem Standpunkt steht, daß in diesem Fall die Operation ausführbar ist, und zwar so, daß beide Kinder leben bleiben, und daß das eine sogar ein ganz normales Individuum wird, während bei dem anderen mit dem schlecht entwickelten Mastdarm ein künstlicher After angelegt werden müßte. Hier müßte der Mastdarm von dem des anderen Kindes abgetrennt, mobilisiert und in die vorhandene als angedeutete Aftereinstülpung aufzufassende Hauteinstülpung eingenäht werden, wodurch sogar ein verschlußfähiger After entstehen könnte. Eine Teilung genau durch die Mittellinie der Verbindungsbrücke hindurch, durch die jedes Kind nur einen halben und daher nicht verschlußfähigen After erhalten würde, hält B. für verkehrt.

Wenn auch die Operation immerhin einen schwierigen Eingriff darstellt, so sind doch diese Schwierigkeiten zu überwinden, da die beiden Steißbeine nur durch eine knorpelige Verbindungsbrücke vereinigt sind, das Rückenmark, sowie die großen Gefäße außerhalb des Operationsgebietes liegen und keine Eröffnung der Bauchhöhlen nötig ist. Trotzdem also schon jetzt eine operative Trennung aus vielen Gründen zu rechtfertigen wäre und erfolgreich ausgeführt werden könnte, so sind doch die Chancen einer Operation wesentlich bessere, wenn man erst in ca. 2—3 Jahren zu dem Eingriff schreitet, da dann die Kinder besser entwickelt und einem operativen Eingriff gegenüber widerstandsfähiger sind.

Auch der Verbindungsstiel wird sich in dieser Zeit noch mehr lockern, so daß die Trennung an und für sich eine leichtere ist. Da man bei beiden Individuen einen getrennten Mastdarm und eine getrennte Afteröffnung bilden muß, so sind nach der eigentlichen Trennung eine Reihe plastischer Operationen erforderlich, die ebenfalls in späteren Jahren, wenn der Darm größer geworden ist, leichter und erfolgreicher ausführbar sind. Dann sind außerdem auch die Kinder noch vernünftiger geworden, so daß sich die immerhin langwierige und schwierige Nachbehandlung erleichtert.

In 2—3 Jahren also hält B. es, zumal man dann auf einen vollen Erfolg rechnen kann, für durchaus berechtigt, auch ohne eine Indicatio vitalis zu operieren. Denn er kann sich keine segensreichere Operation denken, als die Trennung von zwei selbständig denkenden, fühlenden und funktionierenden Menschen, denen die dauernde Vereinigung miteinander doch jede Lebensfreude nehmen muß.

Grätzer.

K. Blühdorn, Fall von Streptokokkensepsis mit purulentem Ödem nach Varizellen. (Aus der Infektionsabteilung des R. Virchow-Krankenhauses in Berlin.) (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 43.) Es handelt sich um einen Fall von Streptokokkensepsis, der selten und bemerkenswert ist durch das Auftreten eines ausgebreiteten, purulenten Gesichts- und Kopfödems. Daß die allgemeine Sepsis und das Ödem in ursächlichem Zusammenhang miteinander stehen, muß wohl als sicher angenommen werden, da im Blut und in der Ödemflüssigkeit dieselben Erreger nachgewiesen werden konnten. Es fragt sich nun darum, ob das Ödem das Primäre ist und von hier

aus eine Überschwemmung des Blutes stattgefunden hat, oder ob die allgemeine Blutinfektion zuerst eingetreten ist, und das Ödem dann als Metastase aufzufassen wäre, es sich also um eine metastasierende Form der Sepsis handelte.

Das Muskelsystem und das kutane Gewebe sind zuweilen alleiniger Sitz der Metastasen bei allgemeiner Sepsis, und zwar in Gestalt deutlicher Eiterung oder aber auch in Form des purulenten Ödems. So berichtet Lenhartz über einen Fall von otitischer Sepsis, wo als einzige Metastase ein pralles, purulentes, symmetrisches Ödem, das von der Mitte beider Oberarme bis zur Mitte beider Unterarme reichte, nachweisbar war. Eine Erklärung für diesen merkwürdigen Sitz der Metastase zu geben, ist kaum möglich; leichter erscheint dies in dem vorliegenden Fall.

Denn es ist wohl naheliegend, als Ursache der septischen Infektion die bestehende Varizellenerkrankung anzusehen. Die in der Krankengeschichte geschilderten kleinen Nekrosen, die sich besonders auch in der Submaxillar- und Halsgegend fanden, und an denen das Kind mit Sicherheit gekratzt hat, dürften nun mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Eingangspforte für die Eitererreger abgegeben haben.

Die oben aufgeworfene Frage, ob die eingewanderten Streptokokken zunächst an ihrer Eintrittspforte das purulente Ödem erzeugt haben und von dort aus durch Eröffnung der Lymph- und Blutbahnen die hämatogene Allgemeininfektion stattgehabt hat, oder ob das Ödem erst sekundär entstanden und danach als Metastase aufzufassen wäre, wird nicht mit Sicherheit entschieden werden können, vielmehr werden beide Möglichkeiten zugegeben werden müssen. Jedenfalls erklärt sich die Lokalisation des Ödems in obigem Falle, wie aus dem Gesagten hervorgeht, in unschwerer Weise. Endlich wären auch noch die der tödlichen Sepsis vorausgegangenen Masern als ätiologisches Moment vielleicht nicht ganz außer acht zu lassen.

In dem erwähnten Lenhartzschen Falle wurde die otogene Ätiologie der Sepsis (eitrige Otitis media und eitrige Infiltration des Felsenbeines) erst durch die Obduktion aufgeklärt, da klinisch keine Erscheinungen in dieser Hinsicht nachweisbar waren. Bedauerlicherweise konnte in dem vorliegenden Fall die Sektion nicht gemacht werden. Immerhin muß man, obwohl wegen des Fehlens klinischer Symptome nicht sehr wahrscheinlich, auch auf die Möglichkeit einer vom Ohr ausgehenden Infektion (Otitis im Gefolge von Masern!) hinweisen, wenngleich in, wie B. glaubt, ungezwungener Weise, die Varizellen mit der größten Wahrscheinlichkeit für das Zustandekommen der Streptokokkensepsis und des mit dieser im Zusammenhang stehenden purulenten Ödems verantwortlich zu machen sind.

Grätzer.

K. Busch, Die Brustdrüsensekretion des Kindes als Maßstab der Stillfähigkeit der Mutter. (Aus der Pädiatrischen Klinik des Kaiser-Franz-Joseph-Kinderspitals in Prag.) (Ebenda.) Vergleicht man in einer größeren Reihe von Fällen in der ersten Zeit nach der Geburt die in der Brustdrüse des Kindes vorfindliche Milchmenge mit der Milchsekretion der Mutter, dann läßt sich im

allgemeinen ein Parallelismus nach der Richtung feststellen, daß bei reichlich sezernierender kindlicher Brust meist auch eine kräftige Tätigkeit des mütterlichen Milchapparates vorzuliegen pflegt.

Je kräftiger die Milchabsonderung beim Kind in den ersten Lebenswochen entwickelt war, desto länger lassen sich auch später Spuren derselben nachweisen, so daß man oft noch im 3. und 4. Monate deutlichen Zeichen von Milchabsonderung begegnet.

B. hat versucht, auch bei älteren Säuglingen, jenseits der ersten Lebenswochen, aus dem Grade der vorhandenen Reaktion oder aus dem Fehlen solcher reaktiver Zeichen auf die Beschaffenheit des mütterlichen Milchapparates zurückzuschließen.

Es hat sich hierbei in beiläufig 100 Fällen, welche im Ambulatorium des Kinderspitals darauf geprüft wurden, ergeben, daß auch hier im allgemeinen die reaktiven Zeichen beim Kinde mehr nach der positiven Seite hin zu verwerten sind, indem dort, wo eine besonders intensive oder langdauernde Reaktion an der kindlichen Brustdrüse anzutreffen ist, meist auch eine ergiebige Absonderung des mütterlichen Milchapparates vorliegt.

Aus der schwachen oder fehlenden Reaktion beim Kinde läßt sich nicht mit gleicher Sicherheit die Unfähigkeit der Mutter zum Stillgeschäft erschließen.

Hier können besondere, im einzelnen Falle schwer ermittelbare Hemmungen vorliegen, die sich der Übertragung der Reizkörper auf das Kind entgegengestellt haben.

Für die Beurteilung der funktionellen Beschaffenheit der mütterlichen Milchdrüse, ihrer Beziehung zum kindlichen Milchapparat ist aber weiterhin zu erwägen, daß auch bei einer ursprünglich ergiebigen Milchabsonderung durch geringe Inanspruchnahme, ungeeignete Brustwarzen, entzündliche Vorgänge, wesentliche Änderungen in der Sekretion eingetreten sein können. **Grätzer.**

Paul Sommerfeld, Ausscheidung von Indigoblau im Harn. (Aus dem städtischen Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Krankenhaus zu Berlin.) (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 52.) Jüngst hatte S. Gelegenheit, einen Harn zu untersuchen, der dunkelgrün aus der Blase entleert wurde, dessen Färbung aber nicht durch Pyozyanin, sondern durch einen enormen Gehalt an Indigoblau bedingt war.

Die Vorstufe des Indigo, das Indoxyl, ist ja bekanntlich ein fast normaler Bestandteil der meisten Harne; daß aber die sonst erst durch starke Oxydationsmittel (z. B. Chlor) zu bewirkende Umsetzung des Indoxyls zu Indigo schon im Organismus vor sich geht, ist recht selten.

Es handelte sich um einen 7jährigen Knaben, der, sonst ganz gesund, von der Mutter der Poliklinik des Knabenhauses zugeführt wurde, weil er seit einigen Tagen grünen Harn entleerte. Irgendwelche Medikamente hatte der Knabe nicht erhalten, auch keine gefärbten Eßwaren (Zuckerwerk, Limonaden u. ä.) zu sich genommen.

Der Harn zeigte ganz schwach saure Reaktion, kein Eiweiß, auch sonst chemisch keine pathologischen Bestandteile (Farbstoffe). Morphotische Elemente fehlen ebenfalls. Farbe dunkelgrün. Chloroform entzieht ihm einen blauen Farbstoff, Äther nicht. Beim Filtrieren

bleibt auf dem Filter ein reichlicher blauer Niederschlag, der leicht löslich in Chloroform, schwerer in warmem Äthyl-, Methyl- und Amylalkohol, unlöslich in kaltem Alkohol und in Äther ist. Die blaue Lösung in Chloroform zeigt das Spektrum des Indigos (Absorption in Rot zwischen a und B 25 C und in Grün zwischen D 50 und E). Der vom blauen Niederschlag abfiltrierte Harn ist von gelber, normaler Farbe; Chloroform entzieht ihm keinen Farbstoff. Durch Erhitzen wird er wieder dunkelgrün, und nun läßt sich aus ihm — gerade wie aus dem frisch gelassenen, ursprünglichen Harn — durch Chloroform blauer Farbstoff extrahieren. Es genügte also Erhitzen, um das Indoxyl in Indigo überzuführen.

Wird der frische Harn einige Minuten gekocht, so wird das gesamte Indoxyl in Indigo übergeführt, und nach Ausschütteln mit Chloroform bleibt der normal gefärbte Harn zurück, der nun keinen Farbstoff mehr an das Extraktionsmittel abgibt, auch nach Oxydation mit Chlorkalk und Salzsäure in der bekannten Weise keine Indikanreaktion mehr gibt. Grätzer.

Otté (Kolberg), Wie kann auf dem Lande eine wirksame Säuglingsfürsorge geschaffen werden? (Medizin. Klinik 1911. Nr. 50.) Die Arbeit sei wörtlich wiedergegeben:

Zunächst die Frage: Ist eine solche auf dem flachen Lande überhaupt vonnöten? Die Lebensbedingungen für den Säugling scheinen daselbst günstig zu sein. Die Eltern sind durchweg kerngesunde Menschen von unverwüstlicher Lebenskraft, die Kinder kommen kräftig zur Welt, Lues und andere Geschlechtskrankheiten sind fast gar nicht vorhanden. Die für die Säuglinge nötige Milch ist in einwandsfreier Beschaffenheit in überaus reichlicher Menge da, hat doch selbst jede Inst- und Losmannsfamilie eine eigene gute Kuh, dazu ein kleines Gärtchen und etwas Deputatland, es fehlt also auch nicht für die Kinder an einem schönen Aufenthalt im Freien. Eine qualvolle Sommerhitze ist auf dem Lande unbekannt. Und doch, trotz alledem hat das flache Land eine Säuglingssterblichkeit, die die der großen Städte fast übersteigt.

Die Ursache dieser großen Säuglingssterblichkeit liegt allein in der falschen Pflege und Ernährung der Säuglinge. Nur selten werden die Kinder von den Müttern selbst gestillt, obwohl dieselben von der Natur zum Stillgeschäfte sehr wohl ausgerüstet sind. Die einen fühlen sich zu schwach — zuweilen sind dies wahre Hünenweiber —, andere halten sich für brustkrank. Viele auch sind in eines strengen Herrn Dienst, der sie bald nach der Entbindung zur Arbeit ruft. Das Gros aber ist zu bequem zum Stillen. Es wird also zur künstlichen Ernährung geschritten, die entweder von der Mutter selbst oder, wenn dieselbe durch ihr Arbeitsverhältnis abgehalten ist, von einer im Hause befindlichen Großmutter, Tante oder einem sonstigen weiblichen Wesen besorgt wird. — Wieviel keiner Belehrung zugängliche Dummheit, wieviel fest eingewurzelter Aberglaube ist mir bei der künstlichen Säuglingsernährung begegnet. Da gibt der Arzt und die Hebamme am Entbindungsbette die Direktiven für eine sachgemäße Ernährung des Kindes, und nach 8 Tagen läuten schon die Totenglocken. Die

Mutter gab dem Kleinen, damit es schneller wachse und stark werde, unverdünnte Vollmilch mit Sahnezusatz. Wenn freilich die Hebamme 8—14 Tage die Wöchnerin und den Säugling besuchen und versehen könnte, würde doch manche Mutter den wiederholt gemachten Beratungen nicht taub bleiben. Aber wer von den Kleinbauern macht sich wohl die Mühe, täglich die Pferde einzuspannen, um die 5 km entfernt wohnende Hebamme zu holen? Man ist froh, dieselbe losgeworden zu sein. Das Kind baden kann auch die Großmutter. Die Großmutter hat triefende Augen und fürchterlich schmutzige, verarbeitete Hände und hinsichtlich der Kinderernährung haarsträubende Ansichten.

In sehr vielen Familien wird das kindliche Leben außerordentlich gering bewertet. Es sind das die kinderreichen, wenig bemittelten Familien, bei denen Vater und Mutter durch die ewig quälende Nahrungssorge verdrossen gemacht sind. Weshalb so viele Mühe für ein Kind aufwenden, von denen schon übergenug vorhanden und noch etliche wahrscheinlich kommen werden. Weshalb für einen erkrankten Säugling noch Geld für Arzt und Apotheke ausgeben; wenn es doch nur sterben könnte, das Kind wäre versorgt und den Eltern eine Sorge abgenommen.

Wer ehrlich ist, kann diesen Eltern solche Gedankengänge nicht einmal verargen, diesen Eltern, in deren Leben nie ein Tropfen Freude fiel, und denen schließlich der nicht endenwollende Kindersegen als Familienunglück erscheint und die große Sterblichkeit als glückliches Regulativ für die eine Geisel bildende Fruchtbarkeit. Das andere Regulativ, das die Reichen anwenden, die antikonzeptionellen Mittel, sind ihnen in ihrer Anwendung unbekannt. Soll der Arzt die mit Kindern überreich gesegneten Familien mit diesen Mitteln bekannt machen? Welch finstere Perspektive und welch schreckliche Alternative!

Mit der Geringwertung des kindlichen Lebens ist bei Erkrankungsfällen ein schrecklicher Fatalismus verbunden. „Wenn das Kind sterben soll, so muß es eben sterben und kein Doktor kann ihm helfen.“ Der Kern dieses Fatalismus ist wohl stets in der geringen Werteinschätzung des kindlichen Lebens zu suchen. Sind die Eltern selbst erkrankt, so huldigen sie einer mehr das Leben bejahenden Lehre.

Und dann der Trunk! Und in seinem Gefolge die bitterste Armut! — Der Trunk ist ein auf dem Lande weit verbreitetes Laster und psychologisch wohl zu verstehen. Die Erregung im Alkohol, die Geselligkeit im Gasthause ist der einzige Genuß des einsamen Landbewohners. Durch die Monotonie der Arbeitstage ist seine Seele ausgedörrt und durstet nach Geselligkeit und einer frohen Stunde. Beides bietet nur das Gasthaus.

Daß die Kinder trunksüchtiger Eltern besonders elend zur Welt kommen, habe ich nicht beobachten können. Der Alkohol einer Generation vermag die gesunde Naturkraft der Landbewohner nicht zu zerstören. Wenn die Kinder bald dahin siechen und sterben, so liegt das an der in solchen Familien besonders schlechten Pflege.

Wie ist nun Besserung zu bringen und eine geeignete Fürsorge der Säuglinge zu organisieren?

Mit Milchküchen, Krippen, Fürsorgeschwestern, alles Einrichtungen, die in den Städten bestehen und daselbst gutes wirken, ist auf dem Lande wegen der großen Entfernungen nichts zu machen. Wohl aber dürften Frauenvereine mit der Tendenz des Säuglingsschutzes gerade auf dem Lande am Platze sein. Der Kristallisationspunkt dieser Vereine müßte eine feine Gutsbesitzers- oder die Pfarrfrau sein. Zu Mitgliedern sind die andern Gutsbesitzer- und bessern Bauernfrauen zu gewinnen, die viel Arbeiterschaft und nachbarlichen Einfluß haben, selbst wenn bei ihnen Reinlichkeit und Hygiene noch etwas unbekannte Dinge sind. In diesen Vereinen könnten die Ärzte der Nachbarschaft belehrende Vorträge über Pflege und Ernährung des Säuglings halten. Es könnten verschiedene Säuglingskrankheiten mit ihren Symptomen erörtert werden. Es würde von den vortragenden Ärzten darauf hingewiesen werden, daß die landläufigen Säuglingskrankheiten sehr wohl einer Therapie zugänglich seien, wenn der Arzt beizeiten geholt werde, daß der Fatalismus nur Dummheit und faule Ausrede sei.

Es könnten ferner in diesen Vereinen belehrende Druckschriften verteilt werden. Der Erfolg dieser Vereinstätigkeit wäre jedenfalls, daß die Mitgliedsdamen allmählich wertvolle Kulturzentren für ihre Arbeiter- und nachbarlichen Kleinbauerfamilien würden.

Das Verhältnis der Arbeitgeber und Arbeitnehmer hat auf dem Lande noch einen patriarchalischen und persönlichen Ton, so daß die Gutsbesitzerfrau, wenn sie die Wohnungen ihrer Arbeiterfamilien betritt, nicht aus Furcht zu erröten braucht, sie könnte abgewiesen werden. Im Gegenteil, sie wird mit freudeglänzenden Augen begrüßt werden und ihr Reichtum wird durch diese Besuche — von Mensch zu Mensch — Gnade finden bei den Enterbten. Kleine Gaben und Aufmerksamkeiten werden mit viel warmem Dank angenommen werden, wirkliche Unterstützungen sind nur selten notwendig — bei Säuferfamilien, wie ich schon gesagt habe. Bei diesen Besuchen kann die Gutsbesitzerfrau und Vereinsdame sehr viel für den Säugling wirken.

Manche Gutsbesitzerfrau wird vielleicht zum erstenmal die Wohnung ihrer Arbeiter betreten und wird bemerken, daß der Fußboden nur aus gestampftem Lehme besteht, daß in dem einzigen Raum übermäßig viel Personen hausen und schlafen müssen, daß die Luft darin verdorben ist. Sie wird bemerken, daß die Windeln des Säuglings gar nicht oder ungenügend gewaschen am heißen Ziegelofen trocknen, daß die Haut des Säuglings infolge der mit Harnsäure versetzten Windeln wund geworden ist, sie wird bemerken, daß die Säuglingsmilch in der Flasche sauer geworden ist und der Saugpropfen übel riecht. Auch die Verdrossenheit in kinderreichen Familien wird durch trostreichen Zuspruch — das trostreiche Wort ist wie Erlösung und Befreiung — und etwas werktätige Hilfe gemildert, wenngleich ich meine, daß der Staat in diesen Fällen mit seinem starken Arme helfen muß.

Ich verspreche mir von diesen Säuglingsschutzvereinen auf dem Lande sehr viel und fordere die Landkollegen zu ihrer Gründung auf.

Grätzer.

W. Knöpfelmacher, Meningeale und zerebrale Krankheitsbilder beim Neugeborenen und Säugling. (Aus dem Karolinen-Kinderspital in Wien.) (Medizin. Klinik 1911. Nr. 52.) Unter Anführung instruktiver Krankengeschichten bringt K. eine Schilderung von Affektionen, welche in der Gehirnpathologie des Säuglings eine große Rolle spielen: Störungen im Gefolge von Schädeltraumen, Pachymeningitis haemorrhagica, Hydrocephalus usw. Wichtige differential-diagnostische Bemerkungen sind eingestreut. Grätzer.

P. Jödicke, Über Behandlung der Epilepsie mit Borax. (Aus den Küchenmühler Anstalten in Stettin.) (Ebenda.) Besonders die außerdeutschen Empfehlungen legten es nahe, Versuche an bromintoleranten Epileptikern oder solchen, deren Krämpfe durch die übliche Brommedikation keine Änderung erfahren hatten, vorzunehmen. Zu diesem Zwecke wählte man 14, meistens schon monate- oder jahrelang gut beobachtete Patienten mit idiopathischer Epilepsie aus; nur eine jüngere Kranke war erst vor wenigen Tagen neu aufgenommen. Um etwaige Bromnachwirkungen sicher abklingen zu lassen, wartete man nach Aussetzen dieses Mittels in der Regel 2—3 Wochen, bevor man mit der neuen Behandlung begann. Selbstverständlich wurden vor Einleitung der Kur die Nieren einer eingehenden Untersuchung unterzogen, nur solche mit gesunden Ausscheidungsorganen ausgewählt; eine Voraussetzung, die leider nur in den wenigsten Fällen zutrifft. Man verabreichte Natr. bibor. in allmählich steigenden Tagesgaben von 0,9—2 g nach den Mahlzeiten.

Überblickt man zum Schlusse die Resultate dieser Versuche, so kann man von glänzenden Erfolgen, wie man sie namentlich nach den Publikationen dänischer Ärzte hätte erwarten können, nicht berichten. Eine wirkliche Besserung des epileptischen Leidens wurde nur bei zwei Patienten = 14,2% beobachtet, doch möchte J. aus dieser Tatsache keine weitgehenden Schlüsse ziehen, da wir ja auch sonst ohne irgend welche Veranlassung zuweilen eine Verminderung, bald eine Vermehrung der Anfälle bei der Epilepsie bemerken. Ob in einigen wenigen Fällen Borax tatsächlich antiepileptische Eigenschaften entfaltet, möge die Zukunft entscheiden. Jedenfalls ist eine Annahme im positiven Sinne nach den Berichten älterer Kollegen, die sicherlich gute Beobachter waren, nicht von vornherein auszuschließen. Nach den bisherigen Erfahrungen jedoch erscheint die reservierte Zurückhaltung der internen Anwendung von Natrium biborac. bei Epilepsie, besonders in Deutschland durchaus gerechtfertigt. Vor allen Dingen stehen die schweren Nebenerscheinungen dieses Mittels in keinem Verhältnis zu seinem Nutzen. Grätzer.

H. Determann (Freiburg-St. Blasien), Hydrotherapie, Aerotherapie und Höhenklimabehandlung im Kindesalter. (Zeitschrift f. physikal. und diätet. Therapie 1912. Nr. 1 u. 2.) D. faßt die Grundsätze, welche für die Verwendung thermischer Eingriffe und des Höhenklimas im Kindesalter zu gelten haben, in folgendes zusammenfassen:

1. Die Sonderheiten des frühkindlichen gesunden und kranken Organismus sind bedingt durch eine relative Schwäche der thermischen,

protoplasmatischen und osmotischen Regulierungsfähigkeit der kindlichen Zelle. Der große Oberflächenvolumenquotient, die Zartheit und Empfindlichkeit der Schleimhäute, die größere Gelegenheit zu Infektionen bedingen weitere Unterschiede des Verhaltens des Kindes im Gegensatz zum Erwachsenen. Im Pubertätsalter sind es die ungleiche Anspannung der Organe an die Ansprüche des Gesamtorganismus, die erwachende spezifische Keimdrüsenfähigkeit, welche mancherlei körperliche Schäden und Unebenheiten veranlassen.

2. Die physiologische Wirkung des thermischen Reizes (Wasser. Luft) ist gegeben durch eine Störung oder besser Alteration des Funktionsgetriebes im Organismus, welche, wie nach jedem andern Reiz, so auch nach Wasser- und Lufteinwirkung auf die Haut erfolgt. Unter Eintritt einer Reaktion wehrt sich der Organismus gegen jeden das Gleichgewicht seiner Funktionen störenden Eingriff; das geschieht unter Änderung der Tätigkeit aller Organe, also der Nerven-, Herz-, Gefäß-, Muskel-, Blut-, Drüsen- usw. tätigkeit. Diese Wehrbestrebung kann man einigermaßen durch die Wahl und Abstufung des thermischen Eingriffes abmessen. Die Kenntnis der Konstitution und der augenblicklichen Reizempfindlichkeit des betreffenden Individuums ist zur rationellen Anwendung thermischer Reize nötig. — Im Gegensatz zu Wasser, das sich mehr für kürzer dauernde Prozeduren eignet, ist die Luft mit ihrem geringen Wärmeleitungsvermögen für längere Anwendung geeignet; dabei ist auch die Einwirkung der Belichtung auf die Haut zu berücksichtigen.

3. Die Leichtigkeit und Schnelligkeit, mit der beim Kinde Schwankungen im Funktionsspiel herbeigeführt werden können, mahnt zwar zu großer Vorsicht bei der Anwendung thermischer Reize im Kindesalter, jedoch gibt sie uns bei genügender Dosierung des Eingriffes ein äußerst wirksames Mittel an die Hand, dem Kinde zu helfen in seinen Bestrebungen, sich krankhaften Einflüssen in seinen Organfunktionen anzupassen.

4. Kühle Wasserprozeduren müssen bei Kindern, zumal Säuglingen, in Art, Dauer und Temperatur viel genauer abgemessen werden als beim Erwachsenen. Bei fieberhaften Erkrankungen sollte man jedoch eine wohl abgemessene Hydrotherapie mehr anwenden, als es bis jetzt geschieht. Meistens sind kühle Einpackungen mehr angebracht als kühle Bäder; zur lokalen Beeinflussung sind Teilwaschungen und Umschläge ein ausgezeichnetes Hilfsmittel. Senfbäder und Senfwickel sind zur energischen Ableitung zu empfehlen. Bei Erkrankungen der Respirationsorgane eignen sich besonders gut warme Bäder mit kühlen Übergießungen. Bei Asthma und exsudativer Diathese sind u. a. kurze heiße Tauchbäder empfehlenswert. Bei nervösen Kindern sind laue Duschen, kühle Abwaschungen, Halbbäder von großem Nutzen.

5. Zur allgemeinen Abhärtung sind Luftbäder geeigneter als Wasserprozeduren; besonders bei der exsudativen Diathese, bei Rachitis, bei funktionellen Neurosen sind hervorragende Erfolge davon zu sehen. Auch gesunde und viele kranke Säuglinge vertragen nicht zu kalte Luftbäder sehr gut. Weiterhin sollte, besonders für lebensschwache Säuglinge, die Freiluftliegekur eventuell mit teilweiser Entkleidung

vielmehr in Anwendung gebracht werden wie vorher, zumal bei hoher Temperatur der Wohnräume.

6. Unter den klimatischen Einzelfaktoren, welche das Höhenklima charakterisieren, ist wahrscheinlich in erster Linie die Abnahme des Sauerstoffpartiardruckes für die physiologische Wirkung des Höhenklimas verantwortlich zu machen. Die durch sie verursachte Verminderung der alveolaren Sauerstoffspannung und die deshalb drohende ungenügende Blutventilierung erfordert eine Reihe von Anpassungen des Organismus, unter denen zunächst die Vertiefung der Atmung, die schnellere Herzaktion, die Änderung der Blutverteilung hervortreten. Bald scheint dann eine echte Blutneubildung einzutreten, welche die innere respiratorische Oberfläche durch Vermehrung der Blutkörperchenzahl wirksam vergrößert. Alle diese Anpassungen, besonders aber die Blutneubildung würden die wohltätigen Einflüsse des Höhenklimas auf den Organismus genügend erklären. Wegen der im Höhenklima gefundenen positiven Stickstoffbilanz bei Erwachsenen kann man seine Wirkung eine echt verjüngende nennen.

7. Der kindliche Organismus ist in ganz besonderem Maße befähigt, einige der genannten Anpassungen zu leisten, so besonders die Änderung der Atmung und der Zirkulation wegen der größeren Elastizität des Thorax und der Gefäße. Es scheint, daß die Blutneubildung im Höhenklima bei Kindern nicht schlechter als bei Erwachsenen geleistet wird. Kinder können also ihr Blut im Höhenklima wahrscheinlich sofort besser als Erwachsene ventilieren, sie können besser wie Erwachsene sogleich dem mächtigen Reiz des Höhenklimas in ihrem Funktionsgetriebe Folge leisten, also auch von ihm erfolgreicher im Sinne der Organübung beeinflußt werden. Deshalb vertragen auch Säuglinge schon ganz hohes Klima ganz vorzüglich; sie werden vielleicht deshalb auch von der Bergkrankheit weniger ergriffen. Die Staub- und Keimarmut des Höhenklimas sind angesichts der Zartheit der kindlichen Schleimhäute und der größeren Neigung zu Infektionen weitere günstige Momente, ebenso die Kühle im Sommer, die reichliche Besonnung im Winter.

8. Es wäre zu begrüßen, wenn mehr Erholungsstätten und Ferienkolonien usw. für gesunde und kranke Kinder auch im Gebirge gegründet würden. — Winterkuren im Gebirge sind oft von entscheidender Bedeutung für Konstitution und Gesundheit der Kinder. Ganz besonders bei exsudativer Diathese, bei Neigung zu Asthma, bei Rachitis, ferner bei anderen Stoffwechselkrankheiten, bei schweren Anämien und Dysämien, bei vielen Nervenkrankheiten. Auffällig ist die zu beobachtende bessere Assimilation der Nahrungsstoffe, besonders des Fettes im Höhenklima, bei verdauungsschwachen oder -kranken Kindern.

Grätzer.

R. Sieber, Drei Fälle von Übertragung des Herpes tonsurans vom Haustiere auf den Menschen; Vorschläge zur Verhütung einer solchen. (Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1911. Nr. 7.) Der Titel gibt das Wesentliche wieder. Es handelte sich in den beiden ersten Fällen um das typische Bild des Herpes tonsurans vesiculosus bei einem Ansiedler und dessen Frau. Sitz desselben war beim Manne die Beugeseite des rechten Handgelenkes, bei der Frau

der Oberarm. Bei dieser kann allerdings die Übertragung auch durch den Ehemann erfolgt sein. Im dritten Falle handelt es sich um einen 6jährigen Knaben aus demselben Dorf, der in der rechten Schläfengegend sowohl wie an der linken Seite der Nasenwurzel je eine Eruption des Herpes tonsurans aufwies. Die erstere veranschaulicht nach Sitz und Ausdehnung (7 cm Durchmesser) die beigegebene Abbildung. Die Heilung der an der Schläfe befindlichen Flechte nahm 2 Monate in Anspruch. Hier wie dort hatten die Nachforschungen ergeben, daß der Viehbestand in beiden Häusern von der Flechtenkrankheit befallen war. Besprechung der verschiedenen, für die Ansteckung in Betracht kommenden Wege — direkte Übertragung durch Kontakt, durch Kratzen mit den Fingernägeln, durch Übertragung durch Insekten. H. Netter (Pforzheim).

O. Rehm, Ein Fall von Dementia praecox in der Kindheit. (Zeitschr. für die Behandlung Schwachsinniger 1911. Nr. 1/2.) Wir erhalten ein recht anschauliches und eingehendes Bild vom Krankheitsverlauf dieses Falles, der, wie wenige imstande ist, über die erste Entwicklung der Dementia praecox in der Kindheit aufzuklären. Es handelt sich um einen 12jährigen, hereditär nicht belasteten Knaben, für dessen Erkrankung eine Ursache nicht aufzufinden ist, dessen mikrozephaler Schädel aber darauf hinweist, daß die Annahme einer Entwicklungsstörung des Gehirns allgemeiner Art wohl gerechtfertigt ist. Der Beginn der Krankheit ist zeitlich nicht zu fixieren. Von klein auf fiel der Knabe durch eine gewisse Ängstlichkeit, welche mit Zittern einherging, ferner dadurch auf, daß er sich von den andern Kindern abzusondern strebte. Die Schulfortschritte waren zwar keine guten, immerhin waren sie nicht als krankhaft geringe zu bezeichnen. Die ersten Krankheitserscheinungen traten im 11. Lebensjahr auf: Die Ängstlichkeit steigerte sich periodenweise, dabei war der Kranke teilweise stumpf und teilnahmslos, teilweise sehr erregt. Sonderbare Handlungen häuften sich, die Schulfortschritte waren gleich Null, es bestand sogar ein Rückgang der Fähigkeiten. Der Kranke schlief schlecht, aß unregelmäßig, es bestanden Klagen über Schwindelgefühl und Kopfschmerz, ferner über Gedanken, die ihn „verrückt" machen. Er fing an zu schlucksen, starrte vor sich hin, zeigte keinerlei Interesse an seiner Umgebung. In der Anstalt wechselten Erregung und Apathie; er faßte wohl auf, verarbeitete das Erfaßte aber nicht weiter. Der Kranke war außerordentlich ermüdbar. In ängstlichen Augenblicken äußerte er Lebensüberdruß. Körperlich bestanden keine krankhaften Erscheinungen. Im Laufe der Zeit wurde der Kranke zwar ruhiger, aber es entwickelte sich ein fortschreitender Grad von Schwachsinn. Der Knabe ist, z. Z. der Publikation nicht nur in seinen Kenntnissen auf dem Standpunkt von 4 Jahren vorher stehen geblieben, sondern hat auch noch von seinen Schulkenntnissen eingebüßt. Der Kranke zeigt kein Interesse an den Vorgängen in der Umgebung und beschäftigt sich nicht. Es bestehen sehr wahrscheinlich Gehörshalluzinationen, wie sich aus den Antworten auf nicht wirklich Gesprochenes schließen läßt. Im Vordergrund steht ein stuporöses Verhalten, welches mit einem gewissen Grad von Negativismus und Katalepsie verbunden ist.

Körperlich befindet sich der Kranke in einem sehr guten Ernährungszustand, er hat in nicht ganz 2 Jahren nur 26 Pfund zugenommen.

Die katatonischen Erscheinungen (Negativismus, Katalepsie, Stupor), der intellektuelle Rückgang, die Gemütsverblödung und ferner das Bestehen von körperlichen Sensationen (Geisterkneifen im Leibe), von Gehörstäuschungen deuten mit Bestimmtheit auf das Bestehen eines fortschreitenden Krankheitsprozesses, der Dementia praecox, hin. Die Entwicklung der Erkrankung, die ganz allmählich erfolgte, das Fehlen ursächlicher Momente, die zeitweise Ängstlichkeit mit Wechsel apathischen, stumpfen Benehmens (Stupor) unterstützen diese Diagnose. Als weitere Momente mögen die Stereotypien, die Echolalie, das Grimassieren und Triebhandlungen angeführt werden.

Die differential-diagnostischen Überlegungen R.s lassen zur Genüge die großen Schwierigkeiten erkennen, welche sich dem Nichtpsychiater und besonders dem Pädagogen ergeben, solche und ähnliche Fälle in ihrem Beginn als so schwerwiegend, als so infaust in bezug auf den Verlauf, wie sie es wirklich sind, zu erkennen und den Eltern mit Ratschlägen, wie sie die momentane Lage erheischt, an die Hand zu gehen. H. Netter (Pforzheim).

M. Rauschmann, Das Karzinom beim Menschen unter 20 Jahren. (I.-D. Berlin 1910.) Die fleißige Arbeit bringt an Eigenem, zunächst aus der Socinschen Klinik in Basel einen Fall von Magenkarzinom bei einem 15jährigen. Die klinischen Symptome, die seit 1/2 Jahre vorhandenen Schmerzen nach dem Essen in der Magengegend, das Erbrechen nach dem Essen, das Fehlen freier Salzsäure, das Vorhandensein von Milchsäure, die Gesamtazidität von nur 25 und die Fühlbarkeit des Tumors in der Magengegend hätten eigentlich keinen Zweifel darüber zuzulassen brauchen, daß es sich um eine andere als krebsige Erkrankung handeln könnte. Jedoch scheint man nicht gewagt zu haben, wie aus dem Fragezeichen in der Krankengeschichte ersichtlich ist, trotz all dieser Symptome die Diagnose mit Bestimmtheit auf Carcinoma ventriculi zu stellen, sicherlich deswegen, weil es sich um einen 15jährigen handelte. Erst nach Freilegung des Tumors und seiner Umgebung, wobei sich die benachbarten Drüsen als karzinomatös infiltriert herausstellten, wurde an der Krebsdiagnose nicht mehr gezweifelt. 1/2 Jahr nach der Resectio pylori geht es dem Patient gut, jedoch bei einer nochmaligen Revision nach innen zeigen sich die verhängnisvollen Metastasen in der Leber.

In einem weiteren Falle haben wir es zu tun mit einem durch die Sektionsdiagnose bestätigten Rektumkarzinom bei einem 18jährigen und in einem dritten Falle mit einem Gallertkrebs des Rektums mit ausgedehnten Peritonealmetastasen bei einem 17jährigen Mädchen.

Während die ältere Literatur ausgiebig herangezogen worden ist, blieb die ganze neuere völlig unberücksichtigt und sie hätte R. eine reichliche Ausbeute geliefert, die auch noch darum wertvoll gewesen wäre, weil die neuere Kasuistik vor allem anatomisch gut fundiert ist, was von der älteren nicht in gleichem Maße gesagt werden kann.

H. Netter (Pforzheim).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

R. Monti, Über den diagnostischen Wert der intrakutanen Tuberkulinreaktion. (Aus der Wiener Univers.-Kinderklinik.) (Wiener med. Wochenschr. 1912. Nr. 7.) Mantoux hat unter dem Namen „Intradermoreaktion" eine Modifikation der Tuberkulinanwendung angegeben, die darin besteht, daß bei tuberkulösen Individuen durch Einspritzung einer ganz minimalen, genau dosierten Menge einer stark verdünnten Tuberkulinlösung in die oberen Schichten der Haut eine charakteristische Reaktion in Form von Rötung und Schwellung der Stichstelle zustande kommt. Er wählte zur Injektion die Haut des Oberarmes über dem Deltamuskel oder an der Vorderfläche des Oberschenkels, benützte dazu eine Trockentuberkulinlösung im Verhältnis 1:5000 und spritzte davon $^1/_{20}$ ccm (1 Tropfen) ein, was ca. $^1/_{100}$ mg Tuberkulin entsprach.

M. hat dieses neue Verfahren an einer Untersuchungsreihe von 374 Kindern im Alter zwischen dem ersten und 14. Lebensjahre geprüft und gleichzeitig vergleichende Untersuchungen nicht nur mit der v. Pirquetschen Impfmethode durchgeführt, sondern auch mit der Stichreaktion, von der wir ja doch wissen, daß sie die feinste und empfindlichste aller heute bekannten Tuberkulinproben ist. In allen Fällen wurden die kutane und die intrakutane Probe gleichzeitig ausgeführt und, wenn der Ausfall beider Proben nicht übereinstimmte oder negativ war, wurde dann noch die Stichreaktion zur Entscheidung herangezogen.

Typische skrofulöse Hautveränderungen, Phlyktänen oder sonstige Allgemeinerscheinungen als Folge der Injektion konnte M. in seinen Fällen nicht konstatieren, wohl aber Fieber bei zwei Kindern, die ziemlich heftig mit Blasenbildung auf die intrakutane Injektion reagiert hatten. Sehr oft hat M. bei stark empfindlichen Individuen ziemlich schmerzhafte, mehrere Tage anhaltende, fast den ganzen Vorderarm einnehmende Infiltrate im Anschlusse an die intrakutane Probe beobachtet. Diese heftigen Reaktionen kommen meistens bei Skrofulosen und Knochentuberkulosen vor.

Die Ergebnisse der Untersuchungen sind in folgender Tabelle zusammengestellt.

Gruppe	Zahl der Fälle	Ergebnis der intrakutanen Probe	Ergebnis der kutanen Probe
I. Klinisch manifeste Tuberkulose	58	positiv: 56 = 96,5 % negativ: 2	positiv: 56 = 96,5 % negativ: 2
II. Klinisch tuberkulosefrei oder nur verdächtig.	316	positiv: 187 = 59 % negativ: 129	positiv: 158 = 50 % negativ: 158
Summe . .	374	positiv: 243 = 64,5 % negativ: 131	positiv: 214 = 57 % negativ: 160

Die erste Gruppe umfaßt 58 Kinder, die klinisch als sicher tuberkulös erkannt worden waren. Unter diesen reagierten 56, das sind 96,5%, sowohl intrakutan als kutan positiv, während beide Reaktionen bei zwei tuberkulösen Meningitiden, im 7. Lebensmonat und 12. Lebensjahr, 48 Stunden vor dem Tode versagten.

Daraus geht hervor, daß in der Gruppe der klinisch sicher Tuberkulösen ein Unterschied in der Empfindlichkeit zugunsten einer dieser Reaktionen nicht zum Ausdruck kommt.

Die zweite Gruppe umfaßt 316 Kinder, die klinisch entweder als tuberkulosefrei betrachtet werden mußten, oder mit Rücksicht auf Belastung, Habitus oder sonstige Erscheinungen nur tuberkuloseverdächtig waren. Hiervon reagierten kutan 158, also genau die Hälfte, und intrakutan 187 positiv. Wenn man noch hinzufügt, daß alle Fälle mit positiver Kutanprobe auch intrakutan positiv reagierten und 29 Fälle mit negativer Kutanprobe auf die intrakutane Reaktion ein positives Resultat ergaben, das durch die Stichreaktion bestätigt wurde, so geht ohne weiteres hervor, daß die intrakutane Methode empfindlicher als die kutane Impfung nach v. Pirquet ist.

Der Unterschied ist wohl nicht groß; M. hat bei seinem Untersuchungsmaterial nur in ca. 7—8% der Fälle widersprechende Resultate beobachten können. Dieser Prozentsatz steht in auffallendem Widerspruch mit den Resultaten von Mantoux, deckt sich aber fast vollkommen mit den meisten bisher veröffentlichten Beobachtungen, wie aus folgender Tabelle zu entnehmen ist.

Autor	Zahl der Fälle	Kutan und intrakutan gleich reagieren	Kutan negativ, intrakutan positiv	Widersprechende Resultate in Prozenten
Mantoux	160	126	34	21
Aptekmant . . .	182	159	23	12,6
Macé de Lépinay	150	143	7	4,6
Monti	374	345	29	7,7

M.s Prozentzahl hält die Mitte zwischen den Resultaten von Aptekmant und Macé de Lépinay und dürfte deshalb der Wirklichkeit entsprechen, weil sie aus einer doppelt so großen Untersuchungsreihe resultiert. Diese Differenz zwischen dem Ausfall der kutanen und intrakutanen Methode dürfte damit zusammenhängen, daß bei der intrakutanen Applikation eine etwas größere Tuberkulinmenge zur Resorption gelangt als bei der kutanen. Nun haben Römer und Joseph in ausgedehnten Versuchen am Meerschweinchen die Frage zu lösen versucht, ob ein Zusammenhang zwischen Schwere des Tuberkuloseprozesses einerseits und Tuberkulinempfindlichkeit bzw. Intensität der Reaktion andererseits besteht.

Sie haben zu diesem Zwecke den Empfindlichkeitsgrad, d. h. die Stärke der Tuberkulinempfindlichkeit nicht nur nach der Qualität der Reaktion, sondern auch genau quantitativ bestimmt, indem sie diejenige Minimaldosis von intrakutan injiziertem Tuberkulin feststellten, welche eben noch eine charakteristische Reaktion auszulösen

vermochte. Sie haben auf Grund ihrer Versuche die Überzeugung gewonnen, daß man sich durch diese quantitative Messungsmethode der intrakutanen Tuberkulinempfindlichkeit bei experimentell erzeugter Meerschweinchentuberkulose sehr brauchbare Anhaltspunkte für die prognostische Beurteilung des Tuberkuloseprozesses verschaffen kann. Römer und Joseph glauben mit ihren Experimenten am Meerschweinchen gezeigt zu haben, daß die Intrakutanreaktion im Prinzip hierzu berufen sein dürfte, und die Methodik gefunden zu haben, die mutatis mutandis auch beim Menschen und Rinde vielleicht anwendbar ist. Dadurch wurde M. veranlaßt, dieses Problem an einer größeren Untersuchungsreihe von Kindern zu studieren. Mit der Kutan- und Konjunktivalreaktion ist eine quantitative Bestimmung der Tuberkulinempfindlichkeit schon deswegen ungenau, weil man dabei nicht weiß, wieviel Tuberkulin zur Resorption gelangt.

Es ist jedoch hauptsächlich mit der Kutanprobe möglich, den Empfindlichkeitsgrad beim Menschen zu bestimmen, und zwar nicht nur qualitativ nach der Größe der Papel, sondern auch quantitativ, indem man die höchste Verdünnung feststellt, bei der das Tuberkulin, kutan appliziert, noch imstande ist, eine typische Reaktion hervorzubringen. So findet man z. B., daß manche Tuberkulosen noch auf eine 1 %ige, andere nur mehr auf eine 5 %ige Alttuberkulinlösung reagieren. Solche Bestimmungen haben aber, wie schon v. Pirquet gezeigt hat, keinen praktischen Wert, weil man schon aus dem Durchmesser der Papel, den das unverdünnte Tuberkulin hervorbringt, schließen kann, welche Verdünnung überhaupt noch zu einer nachweisbar positiven Reaktion führen wird.

Durch die Stichreaktion ist die quantitative Bestimmung der Tuberkulinempfindlichkeit durch den Umstand erschwert, daß jede Tuberkulinapplikation den Empfindlichkeitsgrad steigert. Die intrakutane Methode hat diese Nachteile nicht. Um von vornherein den Einwand zu entkräften, daß eine Sensibilisierung, d. h. eine Erhöhung der Empfindlichkeit, durch die Wiederholung von Tuberkulineinverleibung stattfindet, hat M. gleichzeitig drei verschiedene Lösungen intrakutan appliziert, was sicherlich keine Gefahr für den Patienten ist, weil man bei der intrakutanen Prüfungsmethode mit sehr geringen Mengen Tuberkulin auskommt. Dadurch wurde M. in den Stand gesetzt, die absolute Tuberkulinempfindlichkeit nach der Messungsmethode von Römer und Joseph bei den verschiedenen Formen der Kindertuberkulose genau zu bestimmen. Vor allem hat es sich darum gehandelt, die unterste Grenze der Tuberkulinempfindlichkeit zu finden, und einige Vorversuche zeigten alsbald, daß selbst die empfindlichsten Individuen auf die intrakutane Injektion eines Tropfens ($^1/_{20}$ ccm) einer Alttuberkulinverdünnung im Verhältnis von 1:10000000 keine Reaktion geben.

Somit hat M. später bei einer Untersuchungsreihe von 52 Kindern zur Bestimmung der absoluten Tuberkulinempfindlichkeit folgende drei Tuberkulinverdünnungen angewendet:

Lösung A = 1:1000000
„ B = 1: 100000
„ C = 1: 10000

Wie aus folgender Tabelle ersichtlich ist, hat M. ausschließlich tuberkulinempfindliche Kinder gewählt und dieselben in zwei Gruppen eingeteilt.

Die erste Gruppe umfaßt 24 Kinder mit manifesten aktiven Tuberkulosen. Davon reagierte nur ein einziges Kind auf die Lösung A, allerdings eine offene Tuberkulose. Von den übrigen 23 Kindern dieser Gruppe reagierten 16 noch auf die Lösung B und 7 nur mehr auf die Lösung C.

Die zweite Gruppe umfaßt 28 Kinder, die klinisch keine Anhaltspunkte für Tuberkulose boten; es waren ausschließlich Patienten, die mit einer akuten, fieberhaften Krankheit auf die Klinik aufgenommen worden waren und bei denen eben nur auf Grund des positiven Ausfalles der Tuberkulinreaktion eine Tuberkulose als Nebenbefund angenommen werden mußte. Von dieser Gruppe reagierten 15 auf die Lösung B und 13 auf die Lösung C. Natürlich reagierte eine größere Anzahl von den untersuchten Kindern weder auf diese drei Lösungen, noch auf Stichreaktion mit 1 mg; dieselben kommen als tuberkulosefrei hier nicht in Betracht.

	Zahl der Fälle	1:1000000	1:100000	1:10000
I. Manifeste aktive Tuberkulosen	24	1	16	7
II. Latente inaktive Tuberkulosen	28	—	15	13
Summe . .	52	1	31	20

Wie diese Tabelle zeigt, ist die quantitative Messungsmethode der intrakutanen Tuberkulinempfindlichkeit nach Römer und Joseph bei Kindern nicht imstande, einen Zusammenhang zwischen absoluter Tuberkulinempfindlichkeit und Schwere des Krankheitsprozesses aufzudecken oder, in anderen Worten, brauchbare Anhaltspunkte für die prognostische Beurteilung des Tuberkuloseprozesses zu liefern.

Wenn wir nun in Anlehnung an die Beweise für die Spezifizität der anderen Tuberkulinreaktionen annehmen können, daß auch der positive Ausfall der intrakutanen Tuberkulinprobe die Anwesenheit tuberkulöser Veränderungen mit aller Sicherheit anzeigt, so können wir aus dem negativen Ergebnis dieser Probe das Vorhandensein von Tuberkulose nicht ausschließen, wie es im folgenden gezeigt werden soll.

Mantoux hat zwar behauptet, daß die Probe absolut verläßlich ist und nur in den terminalen Stadien der Tuberkulose und bei Masern versagt. Er stützte seine Behauptung auf die Tatsache, daß Individuen, die auf $^1/_{100}$ mg nicht reagieren, auch auf eine fünfzigfach größere Tuberkulindosis intrakutan keine Reaktion geben.

Mantoux hat solche Versuche bei 16 Kindern durchgeführt und fand, daß nur einige davon in den ersten 24 Stunden eine leichte Rötung und Infiltration der Stichstelle zeigten: diese verschwanden schon am zweiten Tage und sind lediglich auf eine lokale toxische

Reizwirkung anderer im Tuberkulinpräparat vorhandener Substanzen (Glyzerin, Extraktivstoffe usw.) zurückzuführen, bedeuten aber keine positive Reaktion, weil sie bei positivem Ausfalle in den zweiten 24 Stunden an Intensität zunehmen müßten. M. ist bei seinen Untersuchungen so vorgegangen, daß er den 131 intrakutan negativ reagierenden Patienten 1 mg Alttuberkulin subkutan injizierte. Davon gaben folgende 8 Patienten eine positive Stichreaktion: 1. Robert K., $6^1/_2$ Jahre, Poliomyelitis; 2. Irene F., $9^1/_2$ Jahre, Diphtherie; 3. Karl P., 12 Jahre, Diphtherie; 4. Marie R., 7 Jahre, Diphtherie; 5. Albert K., 9 Jahre, Diphtherie, Temp. 37,8°; 6. Gustav W., $11^1/_2$ Jahre, Scarlatina; 7. Alexander R., $11^1/_2$ Jahre, Scarlatina; 8. Marie W., 8 Jahre, Scarlatina.

In allen diesen Fällen handelte es sich um latente, inaktive Tuberkulosen. Mit Rücksicht auf die große Anzahl der untersuchten Fälle (374) ist diese Differenz zwischen Ausfall der intrakutanen und subkutanen Probe so gering (ca. $2^0/_0$), daß sie nicht wesentlich in Betracht kommt. Es ist überdies als sicher anzunehmen, daß es auch auf intrakutanem Wege gelungen wäre, diese 8 Fälle zur Reaktion zu bringen, wenn M. an Stelle der sonst verwendeten Tuberkulinlösung von 1:5000, eine solche von 1:1000 oder 1:500 injiziert hätte. Die intrakutane Form der Tuberkulineinverleibung hat noch den Vorteil gegenüber der subkutanen, daß bei gleichem Resultat weniger Tuberkulin dem Organismus zugeführt wird. Selbst bei einer Tuberkulinlösung von 1:1000, die fünfmal so viel Tuberkulin in gleicher Menge Flüssigkeit enthält, wie die von Mantoux angegebene, beträgt die in einem Tropfen enthaltene Tuberkulinmenge nur 0,05 mg, also die Hälfte der zur Stichreaktion notwendigen Menge. Es eignet sich also die intrakutane Methodik ausgezeichnet zur Feststellung der Tuberkulosehäufigkeit beim Menschen.

Für die Praxis würde sich folgender Vorgang empfehlen: Die erste Prüfung auf Tuberkulose erfolgt durch Anwendung der v. Pirquetschen Reaktion, also durch kutane Impfung mit konzentriertem Tuberkulin. Bei negativem Ausfall der Kutanreaktion kann eine vielleicht vorhandene latente Tuberkulose durch intrakutane Injektion eines Tropfens einer Tuberkulinlösung von 1:1000, event. 1:500 sicher aufgedeckt werden.

Grätzer.

E. Döbeli (Bern), Zur Ätiologie und Pathologie des Keuchhustens. (Correspond.-Blatt f. Schweitzer Ärzte 1912. Nr. 4.) D. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Es ist bis jetzt noch nicht gelungen, einen Mikroorganismus zu isolieren, welcher absolut sicher der Erreger des Keuchhustens ist, ebensowenig konnte bis jetzt ein wirksames spezifisches Serum dargestellt werden.

2. Trotzdem ist der Keuchhusten eine in hohem Maße übertragbare Krankheit, deren einmaliges Überstehen im allgemeinen vor einer zweiten Erkrankung schützt.

3. Kinder können an Keuchhusten erkranken, ohne daß sie je mit einem Pertussiskranken zusammengekommen sind. Es ist ferner einwandfrei erwiesen, daß Keuchhustenanfälle auftreten, wenn das

Nervensystem der betreffenden Kinder übererregbar ist, und zwar sind die Anfälle um so ausgesprochener, je höher der Grad der Übererregbarkeit ist.

4. Solange kein spezifischer Erreger des Keuchhustens gefunden ist, kann man, gestützt auf klinische Beobachtungen, sehr wohl daran festhalten, daß die Infektion in der Weise zustande kommt, daß der Katarrh der oberen Luftwege, welcher stets die Pertussis in stärkerem oder geringerem Maße begleitet, übertragen wird und daß die eigentlichen typischen Keuchhustenanfälle durch psychische Infektion ausgelöst werden, d. h. ein Kind infiziert sich an einem andern direkt mit dem Katarrh, der durch die verschiedensten Bakterien verursacht werden kann; damit es aber die typischen Keuchhustenanfälle bekommt, muß es solche gehört und vielleicht auch gesehen haben.

5. Durch die bei jedem Hustenanfall vom Kinde mit Hilfe des Willens gemachte Anstrengung, den Husten zu unterdrücken, könnten sich im Zentralnervensystem allmählich Hemmungsbahnen ausbilden, welche dem Kinde für den Keuchhusten eine gewisse psychische Immunität verleihen würden. Grätzer.

F. Ganghofner und **F. Schleissner**, Über Stillstuben und Stillkrippen. (Prager med. Wochenschr. 1912. Nr. 3.) Das Reglement, welches in der Stillkrippe (Säuglingsanstalt) der k. k. Tabakfabrik in Tachau eingeführt wurde, erscheint durchaus zweckentsprechend und soll hier im Wortlaut angeführt werden, da es bei allen Stillkrippen-Neugründungen als Muster benützt werden kann:

1. Der Zweck der Anstalt ist, den von der Tabakfabrik entfernt wohnenden Arbeiterinnen, die stillende Mütter sind, Gelegenheit zu bieten, ihren Kindern ohne besonderen Zeitverlust und ohne physische Anstrengung während der Arbeitszeit die Brust zu reichen.

2. Die Aufnahme in die Anstalt erfolgt auf Grund eines fabriksärztlichen Gutachtens und im Einvernehmen mit der Fabriksvorstehung; die stillende Mutter hat sich behufs Aufnahme ihres Kindes an den Fabrikarzt zu wenden, welcher hierüber einen Aufnahmeschein nach folgendem Muster ausstellt:

Name der Mutter . . . .
Arbeitskategorie . . . .
Geburtstag des Säuglings . . . .
Ärztlicher Befund über die Mutter . . . .
Ärztlicher Befund über den Säugling . . . . . .
Datum . . . .
Unterschrift des Vorstehers . . . .
Unterschrift des Fabrikarztes . . . .
Tag der Aufnahme . . . . . Gewicht . . . .
Tag der Entlassung . . . . . Gewicht . . . .

3. Jeder aufgenommene Säugling erhält sein eigenes Bett zugewiesen, welches ihm bis zum Verlassen der Anstalt verbleibt.

4. Jede Mutter hat ihr Kind in sauberem Zustande und mit der nötigen reinen Wäsche (Windeln) versehen vor Beginn der vormittägigen Arbeit in der Anstalt abzugeben, woselbst es ohne Unterbrechung bis zum Schlusse der nachmittägigen Arbeit zu verbleiben hat.

5. Die Säuglinge dürfen in der Anstalt nur bis zum Alter von einem Jahre untergebracht werden; nur in außergewöhnlichen Fällen und über ärztliche Anordnung ist eine Verlängerung des Aufenthaltes über das erste Lebensjahr zulässig.

6. Die Kinder werden in der Regel alle 3 Stunden gestillt und es ist die einzuhaltende Zeiteinteilung des Stillgeschäftes gleich bei der Aufnahme vom

Fabrikarzte zu bestimmen, welcher auch über etwaige Abweichungen zu entscheiden hat.

7. Kinder mit infektiösen bzw. übertragbaren Erkrankungen oder mit ekelerregenden Ausschlägen sind von der Aufnahme in die Säuglingsanstalt unbedingt ausgeschlossen.

8. Erkrankungen von in der Anstalt untergebrachten Kindern sind sofort entweder vom Wartepersonale oder von den betreffenden Müttern durch den Krankenvater dem Fabrikarzte anzuzeigen.

9. Die in der Anstaltsfürsorge befindlichen Kinder sind allwöchentlich (an jedem Samstag) zu wägen; hierüber sind entsprechende, der Kontrolle des Fabrikarztes unterliegende Vormerke zu führen. Die Gebarung der Säuglingsanstalt ist in den Jahressanitätsbericht aufzunehmen.

10. Kinder, deren Mütter der Anstaltsordnung zuwiderhandeln, werden von dem Verbleiben in der Anstalt ausgeschlossen. Grätzer.

Nobécourt und **Paisseau,** Ein Fall von Anasarka bei einem Säugling von 2 Monaten, ohne Nierenläsionen. (Bull. Soc. de Péd. de Paris 1911. Juni.) Ein zweimonatiges, an leichter Verdauungsstörung erkranktes Brustkind zeigt starkes Anasarka. Irgend eine krankhafte Veränderung seitens der Harnorgane ist nicht vorhanden.

Bei der Autopsie findet man eine histologisch intakte Niere und eine ganz beträchtliche Fettinfiltration der Leber.

Diese Beobachtung bildet einen neuen Beitrag zur Frage der Entstehung von Ödem beim Säugling, unabhängig von einer Nierenalteration. Wahrscheinlich sind derartige Ödeme auf Störungen im osmotischen Stoffwechsel in den Geweben zurückzuführen. Auf das Vorkommen einer Lebererkrankung, als Zeichen schwerer Toxi-Infektion sei hiernach besonders hingewiesen. H. Netter (Pforzheim).

Moreau, Heilung eines Blindgeborenen. (Archives d'Ophthalmologie 1911.) Nach erfolgreicher Operation eines doppelseitigen, angeborenen Kataraktes konnte man an die Erziehung das Sehvermögens gehen. In 6 Monaten ging das in der Weise vor sich, daß das 8jährige Kind zuerst hell und dunkel, dann die Farben, endlich die Konturen der Gegenstände erkennen lernte. Jetzt kann es lesen und schreiben. H. Netter (Pforzheim).

Morax-Lindner und **Bolbek,** Untersuchungen über die Ophthalmia non gonococcica des Neugeborenen. (Archives d'Ophthalmologie 1911.) Unter 13 Fällen nichtgonorrhoischer Konjunktivitis fanden die Verff. zehnmal die von Provazek und Halberstaedter bei Trachom gefundenen Epitheleinschlüsse. Sie fanden sie auch wieder in den Zellen der Konjunktiva eines mit dem Konjunktivasekret dieser Neugeborenen geimpften Affen.

H. Netter (Pforzheim).

Brandès, Beitrag zur Kenntnis der Hämatome der Orbita. (Archives d'Ophthalmologie 1911.) Über die Natur des bei einem Kinde aufgetretenen Hämatoms der Orbita war man so lange im Zweifel, bis das Erscheinen schmerzhafter Pseudolähmungen aller Gliedmaßen die Diagnose Barlowsche Krankheit sicherte.

H. Netter (Pforzheim).

Paul Courbon und **Roger Nougaret**, Meningitis chronica und paralytisch-dementes Syndrom bei einem 8jährigen Kind. (Compt. rend. 21. Kongreß der französ. Irrenärzte und Neurologen 1911. August.) Die ersten Erscheinungen des Leidens, dem das Kind nach $1^1/_2$ Jahren erlag, bestanden in nichts weiter als in Cephalea; dann kamen Sphinkterstörungen, weiterhin Muskelrigidität; erst im letzten Monat trat Hyperthermie auf (39,5).

Die psychischen Störungen bestanden im Beginn in Gedächtnis- und Intelligenzschwund, die indes nach und nach den Charakter der allgemeinen Paralyse annahmen: ständige Euphorie trotz heftiger Kopfschmerzen, alberne und puerile Größenideen, Stammeln. In der Aszendenz weder Syphilis noch Tuberkulose nachweisbar. Das Kind war physisch wie psychisch sehr wohl entwickelt; nur die Schneidezähne waren leicht vertikal gefurcht. Wassermann negativ. Mittelstarke Lymphozytose.

Autopsie: Verdickung der Pia mater cerebralis und des hinteren Blattes der Pia mater spinalis. An den Eingeweiden nichts Besonderes bis auf eine 900 g schwere Fettleber.

Über das Ergebnis der histologischen Untersuchung soll eine spätere Mitteilung Auskunft geben. H. Netter (Pforzheim).

J. Curtillet und **P. Lombard**, Un cas de Spondylite typhique. (La Province médicale 1911. Nr. 32.) Als das 15jährige Mädchen am 5. April 1911 auf die chirurgische Kinderklinik aufgenommen wurde, lag eine Krankheit bereits hinter ihm, die im September 1910 begonnen hatte und durch den positiven Ausfall der Widalschen Reaktion am 5. April 1911 als Typhus nachträglich erkannt wurde. Im Verlauf dieses, im zweiten Krankheitsmonat, Anfang November 1910, wurde erstmals über Schmerzen in der Lendengegend geklagt, die sehr schnell den Charakter äußerster Heftigkeit annahmen: kontinuierlich mit häufigen Exazerbationen, hinderten sie jede Bewegung, verurteilten die Kranke zu absoluter Unbeweglichkeit; sie hatten ihren Sitz am unteren Teil des Rumpfes, den sie wie ein Gürtel umgaben, und selten, in gewissen Augenblicken, war ihr Maximum subumbilikal. Eine Temperaturerhöhung schien damit nicht verbunden zu sein. Nach 10 Tagen, vielleicht mit unter dem Einfluß irgend einer nicht mehr bestimmbaren Medikation, kam es zu einem Nachlassen, schließlich zu einem Verschwinden der Schmerzen. Die Kranke konnte sich erheben, ging sogar aus. Dem Spaziergang folgte unmittelbar eine Wiederkehr der Schmerzen und ein Krankenlager bis März 1911, charakterisiert durch kontinuierliche, abwechselnd vermehrte und verminderte, durch jede Bewegung, durch sitzende Haltung gesteigerte Schmerzen, die die Kranke zu absoluter Ruhe verurteilten, allmählich sich in die Beine bis zu den Knien erstreckten, ohne je von Sphinkterstörungen begleitet gewesen zu sein. Temperatur normal. Allgemeinzustand ausgezeichnet. Während des März 1911 klangen die Schmerzen etwas ab, das Mädchen konnte sich erheben und kam am 23. März in die Ambulanz der Klinik.

Status am 5. April: Kontinuierlicher, dumpfer Schmerz in der Lendengegend, in den Flanken und in der vorderen Bauchwand, mit

häufigen Paroxysmen, die besonders durch Bewegungen im Bett hervorgerufen werden.

Die Wirbelsäule ist gerade, ohne eine Spur von Gibbus, ohne seitliche Deviation. Druck auf die Dornfortsätze ruft einen sehr lebhaften Schmerz in der Höhe des vierten und fünften Lendenwirbels hervor, geringere Empfindlichkeit nur an der Basis des Kreuzbeins. Die ganze Gegend ist auf tiefen Druck schmerzhaft. Indes nirgends eine Resistenz oder Fluktuation. Der Druck auf die Wirbelkörper durch die vordere Bauchwand ist vom Nabel bis zur Symphyse deutlich schmerzhaft: es scheint, daß dieselben leichter zugänglich, voluminöser als normal sind. Plötzlicher Druck auf die Schultern bewirkt eine Rekrudeszenz der Schmerzerscheinungen. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule ist gänzlich aufgehoben: Beugen, Strecken und seitliche Neigung sind nahezu völlig unterdrückt; diese ganze Partie der Wirbelsäule ist in unveränderlicher Haltung erstarrt, die mit der Beweglichkeit der oberen Körperregion aufs deutlichste kontrastiert. Unfähig, sich im Bett aufzusetzen, kann die Kranke nur mit unendlicher Vorsicht und nur ganz allmählich sich umdrehen und ist nicht imstande, die Bauchlage einzunehmen, die die Lendenwirbelsäule zur Krümmung bringt. An den u. E. sind Beweglichkeit, Muskelkraft und Sehnenreflexe völlig normal.

Zu beiden Seiten des Rumpfes eine vierfingerbreite, von den Dornfortsätzen aus, die Flanken umgebende und der Inguinalfalte entlang bis zur Symphyse absteigende, hyperästhetische Zone. Links geht eine andere hyperästhetische Zone in Bandform über die Außenfläche des Oberschenkels von der Crista ilei bis zum Knie. Keine Störung der Sphinkteren, keine Änderung in der Sensibilität der Genito-anal-Zone. — Beckenknochen intakt. — Innere Organe ohne Befund.

Die durch die Radiographie nachgewiesenen Veränderungen betreffen den vierten und fünften Lendenwirbel. Der untere Rand des vierten und der obere Rand des fünften werden als völlig verwaschen bezeichnet. Sie sind unregelmäßig, ausgezackt, und die auf dem Klischee helle Zone, welche sie normalerweise wie ein Saum einfaßt, ist nicht mehr sichtbar. Der sie trennende Zwischenraum ist auf eine schmale geschlängelte Linie reduziert.

Der Körper des fünften Wirbels erscheint verdichtet. — Tuberkulinreaktion negativ. — Kontinuierliche Extension mit einem 5 kg starken Zug an jedem Bein. — Im Juni sind die spontanen Schmerzen verschwunden, ebenso die Druckempfindlichkeit der Vorderfläche der Wirbelkörper und der Dornfortsätze. Die Lendenwirbelsäule hat ihre Beweglichkeit zum großen Teil wiedererlangt. Die Störungen der objektiven Sensibilität wurden immer geringer, und am 15. Juni war die Sensibilität an Rumpf wie an Extremitäten normal. Die Kranke ist wieder gehfähig.

H. Netter (Pforzheim).

P. Harvier, Diplococcus crassus — Meningitis. (Compt. rend. hebdom. Soc. de Biol. 1911. 29. Juli.) H. hat bei einem Säugling eine sehr schnell tödlich verlaufene Zerebrospinalmeningitis beobachtet, die durch den Diplococcus crassus hervorgerufen worden

war, der isoliert und in Reinkultur in der Spinalflüssigkeit gefunden wurde.

Die intrazerebrale Impfung eines durch eine intravenöse Injektion vorher schon sensibilisierten Kaninchens rief eine sehr deutliche Meningitis hervor. Die Spinalflüssigkeit enthielt eine große Menge Zellelemente (Polynukleäre) mit zahlreichen grampositiven Diplokokken. Die histologische Untersuchung wies eine zwar leichte, aber generalisierte meningeale Reaktion nach. Der pathogene Keim fand sich nur in den Meningen und in den Zellen des Plexus choroïdes.

H. Netter (Pforzheim).

H. G. Adamson, Recurrent Herpes of the buttock. (British Journ. of Dermat. Oktober 1911.) Der sonst gesunde 7jährige Knabe hatte auf den Lippen sowie in der Glutäalgegend wiederholt Herpeseruptionen gehabt, die aber ohne Fieber und wesentliche Schmerzen verliefen. In der Familiengeschichte oder dem Habitus des Patienten selbst fanden sich keine Erklärungen für diesen Vorgang.

Max Joseph (Berlin).

T. Sugai und **J. Mononobe,** Leprabazillen im Zirkulationsblut der neugeborenen Kinder der Leprösen. (Japan. Zeitschr. f. Dermat. u. Urol. Oktob. 1911.) Untersuchungen der Verff. an sechs Neugeborenen aus leprösen Ehen ließen in drei Fällen lepröse Veränderungen der Plazenta erkennen. Leprabazillen fanden sich viermal im Gewebe der Plazenta, fünfmal im Blute der Nabelgefäße sowie der übrigen Zirkulation. Bemerkenswert war, daß der Bazillenbefund im Kreislauf von Mutter und Kind nicht immer übereinstimmte, er war zum Teil bei dem Kinde positiv, im mütterlichen Blute negativ, zweimal auch umgekehrt. Leprabazillen fanden sich auch im Blute eines Kindes, dessen Vater leprös und dessen Mutter syphilitisch war.

Max Joseph (Berlin).

Wilhelm Wernstedt, Über Pertussis und die spasmophile Diathese. (Hygiea 1911. Nr. 9.) Während einer Pertussisendemie in dem Kinderhaus zu Stockholm untersuchte W. durch den galvanischen Strom die Reizbarkeit des Nervensystems von 73 Säuglingen. Es ergab sich, daß ein typisches Verhältnis zwischen der Intensität des Hustens und dem Grade der galvanischen Reizbarkeit des Nervensystems sich nachweisen ließ, indem die intensivsten und meist Pertussis ähnlichen Hustenanfälle die Kinder trafen, die für die schwächsten Ströme bei A.Ö. und K.Ö. reagierten.

Adolph H. Meyer.

Ragnar Friberger, Über Arhythmie, speziell bei Kindern. (Upsala Läkareföremings Förhandlingar 1912. N. F. Bd. 17. Heft 3.) Nach einer eingehenden Beschreibung der modernen Untersuchungsmethoden zum Nachweis der Herzarhythmie teilt F. eigene Untersuchungen über 321 Schulkinder zwischen 5 und 14 Jahren mit. Die Kurven zeigten, daß kein einziges Kind einen vollständig regelmäßigen Puls hatte. Bei 37,4% war der Puls leidlich regelmäßig, bei 12,2% sehr unregelmäßig, bei 50,4% ziemlich unregelmäßig. Die Untersuchungen sprachen nicht dafür, daß die Arhythmie auf eine Affektion des Myokardiums beruht, sondern die Arhythmie muß als eine für das

Kindesalter physiologische Erscheinung angesehen werden. Die Abhandlung wird in extenso in einer deutschen Zeitschrift erscheinen.
Adolph H. Meyer.

B. Kevàcs, Daten zur Therapie des habituellen Brechens der Säuglinge. (Gyogyàscat 1911. Nr. 43.) Bei habituellem Brechen neuropathischer Säuglinge, bei denen Pylorospasmus ausgeschlossen ist, empfiehlt K. auf Grund der in Magdeburg und mit eigenem Materiale gemachten Erfahrungen den Übergang zu konsistenter Nahrung (Milchspeisen und durchpassierte Gemüse), der Erfolg ist frappant.
Ernö Deutsch (Budapest.)

D. Balàrsy, Die Kontrolle der Säuglingsernährung auf Grund der Urinuntersuchung. (Gyogyàscat. 1911. Nr. 41.) Als Beobachtungsmaterial dienten die Säuglinge der staatlichen Asyle zu Kassa, die bei Pflegeeltern untergebracht waren. Die Engel-Turnausche Reaktion war bei gesunden, mit Muttermilch ernährten Säuglingen positiv, bei künstlich Ernährten negativ, bei Kranken war die Reaktion unverläßlich.
Ernö Deutsch (Budapest).

E. Modigliari, Intravenöse und intrapulmonare Injektionen von Diphtherieheilserum bei schweren Diphtheriefällen und bei diphtherischer Bronchopneumonie. (Riv. di Clin. pediatr. 1911. Nr. 11.) Trotz Erhöhung der Dosen sind die Erfolge der Heilserumbehandlung nicht besser geworden als vor 20 Jahren. Eine Besserung ist zu erwarten, wenn es gelingt, das Serum rascher mit dem im Blute kreisenden Gift in Berührung zu bringen, also durch intravenöse Injektion. Der Einwand, daß die Methodik bei Kindern Schwierigkeiten bietet, ist nicht stichhaltig: in etwa der Hälfte der Fälle gelingt die Einführung der Nadel ohne weiteres; wo nicht, legt man die Basilica frei. Und gegen die Unruhe der Kinder kann man sich schützen. Die Dosis wählt man in schweren Fällen hoch: 6000—12000 I.E. Es wäre wünschenswert, daß für den Zweck der intravenösen Injektion phenolfreies Serum bereitgehalten würde; aber auch so sind die in Betracht kommenden Phenolmengen so klein, daß sie keinen Schaden stiften können. M. selbst hat die intravenöse Behandlung nur in den schwersten Fällen verwendet, und zwar im ganzen in 28 Fällen, von denen aber 22 außerdem noch subkutane oder intramuskuläre Injektionen erhielten; der Gesichtspunkt war der, durch die intravenöse Injektion dem auf anderem Wege injizierten Serum Zeit zu gewähren, seine Wirkung zu entfalten, bevor die toxischen Phänomene in Erscheinung treten. Die übrigen Fälle wurden wie bisher mit hohen Dosen (15—20000 I.-E.) subkutan injiziert, und zwar wurden im ganzen vom 17. Januar bis 30. April 1911 in der Kinderklinik zu Rom 149 sichere Diphtherien aufgenommen, von denen 45 als schwere Fälle anzusprechen waren. Während von diesen 45 die 28 schwersten intravenös behandelt wurden, wurden die 17 übrigen, weniger schweren, aber immer noch schweren Fälle subkutan injiziert. Von jenen starben 10 = 35,71 %, von diesen 6 = 35,29 %, also ein für die intravenöse Injektion günstiges Resultat. Noch günstiger wird dieses, wenn man die Zahlen des Vorjahres zum Vergleiche heranzieht, wo nur subkutane In-

jektionen gemacht wurden, und wo von den 43 schwersten Fällen 79,3 %, von den 19 weniger schweren 36,84 % starben; allerdings war im Vorjahr die Epidemie bösartiger. Gewöhnlich sah M. nach der Injektion Beruhigung und Schlaf eintreten, häufig auch ein Herabgehen der Temperatur. Die vorhandenen Nierenaffektionen wurden durch das Serum günstig beeinflußt, und gesunde Nieren erlitten keine Schädigung: in einem Falle trat nach 20 Stunden leichte Albuminurie auf, die aber nach 48 Stunden verschwunden war. In sechs Fällen traten Exantheme auf. Jedenfalls ist in schweren Fällen die intravenöse Injektion in einem möglichst frühen Stadium indiziert.

Von den 28 Injizierten starben sieben an Bronchopneumonie; sie ist die häufigste und schwerste Komplikation der Diphtherie. Während wir gegen die toxämische Bronchopneumonie der ersten Krankheitstage und gegen die postoperative Form machtlos sind, sind wir es nicht gegen die sich langsam um den 4.—6. Krankheitstag sich entwickelnden Formen. Zur Bekämpfung dieser hat M. intrapulmonale Injektionen versucht. Die Einwände, die man gegen diese machen könnte, das Trauma, die Beschränkung der Atemfläche, die chemische Reizung, bestehen nach seinen Versuchen nicht zu Recht. Er injizierte 3000—5000 I.-E., mit einer langen dünnen Nadel, die er mehrmals in verschiedenen Richtungen einstach; als Einstichstellen wählte er den achten Interkostalraum, einen fingerbreit nach innen von der Linea hemiscapularis. Er verwendete die Methode in sieben Fällen, die alle vorher intravenös injiziert waren, fünf davon waren intubiert, einer auch tracheotomiert. Von sechs Fällen (vom siebenten ist der Ausgang nicht bekannt) heilten vier, starben zwei, einer 14 Tage später unter Aufflammen der Bronchopneumonie nach einer Tracheotomie, einer nach Besserung der Bronchopneumonie unakuter Nephritis. In zwei Fällen zeigten sich die nach der Injektion verschwundenen Symptome nach 4 Tagen wieder, wurden aber gut überwunden. Die Zahl der Fälle ist zu gering, um weitere Schlüsse daraus zu ziehen.

M. Kaufmann.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung am 23. November 1911.

E. Sluka: **Erworbene Lues bei einem 9 Jahre alten Knaben.** Pat. kam wegen quälenden Hustenreizes und wegen eines 4 Tage bestehenden Exanthems in die Ambulanz. Es findet sich gleichmäßig verteiltes Exanthem an Stamm und Extremitäten von makulopapulösem Charakter, auch im Gesicht Effloreszenzen. Beide Tonsillen zeigen dünne, grauweiße Beläge. Die angulären Drüsen sind geschwollen. Infektionsquelle ist der Vater des Kindes. Der Primäraffekt dürfte wohl im Mund zu suchen sein.

Hochsinger sah Luesübertragung mit Primäraffekt an den Tonsillen bei einem 12 Jahre alten Knaben. Die Ansteckung erfolgte mittels eines Schnullers von seinem kongenital luetischen Halbbruder.

Adolf Hecht: **Demonstration zweier Phlebogramme einer Störung der Vorhofsaktion.** Normalerweise finden wir beim Venenpuls drei Erhebungen, die eine entspricht der Vorhofssystole (A-Welle), während die zweite (C-Welle) von Mackenzie auf mitgeteilte Karotispulsation bezogen wird. Hering sieht in letzterer den Ausdruck des Rückstoßes von den Atrioventrikularklappen und bezeichnet sie als Ventrikularklappenwelle (Vk.). Die 3. Zacke ist auf Druckerhebung im Vorhof zu beziehen. Man sieht im Venenpuls die C- oder Vk-Welle, indem man vom Beginne des Radialpulses um $^1/_{10}$ Sekunden zurückgeht; man kann sich auf diese Weise in der Venenpulskurve orientieren. Etwa 0·3 Sekunden vor dieser Welle, die den Beginn der Ventrikelsystole markiert, erhebt sich die A-Welle. Das Intervall gibt uns einen Maßstab für die Bemessung der Überleitungszeit vom Vorhof zur Kammer. Fällt eine Ventrikelsystole aus, so fängt die folgende A-Welle früher an, ist breiter und zeigt gelegentlich eine leichte Knickung.

Bei einem 12 jährigen Mädchen mit schwerer Urämie und Bewußtlosigkeit in der 4. Woche eines Scharlachs konnte H. eine solche Verbreiterung und Knickung der A-Welle nachweisen. Nach ausgiebiger Venaesektio und Exzitantien verschwand diese Unregelmäßigkeit, etwas ähnliches konnte H. auch bei einem 9 Jahre alten Kinde mit anscheinend kompensierter Mitralinsuffizienz nachweisen.

Januschke: **Anwendungsgebiete der experimentellen Pharmakologie für die Therapie.** In Krankheitsfällen, in denen die Beobachtung des Pat. allein zu keiner sicheren Anschauung über die Wirksamkeit der angewendeten Arzneimittel führt, kann unser Urteil durch das pharmakologische Experiment eine Stütze gewinnen, z. B. bei der Behandlung des Schnupfens mit Kalziumlaktat durch die im Tierexperiment nachgewiesene exsudationshemmende Wirkung der Kalksalze (R. Chiari und Januschke), oder bei der Behandlung der Hämoptoe mit den differentesten Mitteln durch die jüngst entdeckte fördernde Wirkung dieser Mittel auf die Blutgerinnung, (van de Velden), oder bei der Kalomeldiurese durch die Versuche von R. Fleckseder. Die Anwendung von Arzneimitteln mit bekannter physiologischer Wirkungsweise kann zur Stellung einer exakten Diagnose führen; wird z. B. in einem karzinomatös verschlossenen Ösophagus durch Anästhesierung der Schleimhaut oder Atropinisierung der Muskulatur die Passage wieder frei, so beweist das nicht einen mechanischen, sondern einen spastischen Verschluß. Die Pharmakologie kann überhaupt einen tieferen Einblick in krankhaft gestörte Organfunktionen gewähren, so z. B. die experimentelle Analyse des asthmatischen Anfalles. Tierversuche zeigen, daß die asthmawidrige Wirkung des Adrenalins durch Lösung eines Bronchialmuskelkrampfes zustande kommt (J. und L. Pollak). Die diagnostische Anwendung des Adrenalins beim Menschen ergibt, daß nicht bloß beim nervösen Asthma bronchiale, sondern auch bei der Atemnot der Emphysematiker, Herzkranken und Nephritiker Bronchialmuskelkrämpfe eine wesentliche Rolle spielen. Dieselben werden unter anderem ausgelöst durch Reizwirkung des Stauungsblutes auf die Medulla oblongata; das Bronchokonstriktorenzentrum ist bei diesen Patienten besonders empfindlich, da es von der entzündeten Bronchialschleimhaut fortwährend zentripetale Reize erhält. (Versuche mit Treppensteigen vor und nach Atropin- oder Nirvaninbehandlung.) Vortr. gibt eine schematische Gruppierung der chemischen Stoffe, welche Asthma erzeugen; Angriff am Bronchokonstriktorenzentrum, an den Vagusendapparaten, an den Bronchialmuskeln selbst) und eine Übersicht der Arzneimittel zur Bekämpfung des asthmatischen Anfalles (Ausschaltung von Reflexreizen, Beruhigung des Zentrums, Beruhigung der Nervenendigungen). Perverse Atropinwirkung (Verstärkung eines asthmatischen Anfalles durch Atropin) kann auf unrichtiger Dosierung beruhen; Reizung des Konstriktorenzentrums bei noch nicht gelähmter Vagusperipherie. Gegenmaßregeln: Steigerung einer zu kleinen Atropindosis oder Kombinationsversuch mit Urethan (Abschwächung der zentralen Reizwirkung. Unterstützung der peripheren hemmenden Atropinwirkung). Auf Grund solcher Untersuchungen ist die experimentelle Pharmakologie geeignet, zur Erforschung von Krankheitsvorgängen ergänzend neben die klinische Beobachtung zu treten und gleichzeitig einen exakten Plan für die Therapie zu entwerfen (nach Autoreferat).

Pirquet begrüßt die durch den Vortragenden in Aussicht gestellte Anwendung pharmakologischer Probleme auf die Erkrankungen des Kindesalters. Wir befinden uns gerade in der Therapie der Kinderkrankheiten (z. B. der Respirationserkrankungen) vielfach auf dem Boden der Empirie.

Hecht hat mit Sperk perverse Atropinwirkung bei einem Masernrekonvaleszenten (mit Arhythmie und Bradykardie) gesehen. Auf kleine Atropindosen Steigerung der Symptome, bei geringerer Dosis $^5/_{10}$ mg Verschwinden der Symptome.

Mannaberg berichtet über günstige Resultate bei Behandlung der Urtikaria mit Calc. chloratum. Er fragt den Vortragenden, wie die Jodwirkung bei Asthma zu erklären ist.

Januschke erwidert, daß er absichtlich auf die Jodwirkung nicht eingegangen sei, weil der Angriffspunkt derselben unbekannt ist.

Sitzung am 7. Dezember 1911.

Koch: **Blutung bei Rückenmarksverletzung.** Das Kind war auf ebener Straße über einen Grenzstein gestolpert, dabei niedergefallen. Von einer Frau aufgehoben, konnte sich Patient mit Unterstützung nach Hause begeben, zeigte am selben Tage nur allgemeines Zittern und abends etwas Fieber. Am nächsten Tag trat Schwäche der unteren Extremitäten ein, die sich in den folgenden Tagen steigerte. Es bestand schlaffe Lähmung der unteren Extremitäten, Lähmung der Bauchmuskulatur vornehmlich in seiner rechten Hälfte. Auffallend war die Nackenschmerzhaftigkeit und Steifheit. Sensibilität erhalten. Eine Zeitlang bestanden Blasenstörungen. In den letzten Tagen trat etwas Besserung der Lähmungssymptome ein. Es wird die Differentialdiagnose gegen Poliomyelitis erörtert. In der Diskussion meint Zappert, daß vorgestellter Fall vielleicht doch nur eine Poliomyelitis sei.

Schick: **Malignes Granulom mit rekurrierendem Fieber (Typus Pel-Ebstein) bei einem 6 Jahre alten Knaben.** Im September 1910 trat eine kleine Geschwulst im linken Kieferwinkel auf, die anfangs wenig an Größe zunahm. Im März 1911 begann rasches Wachstum, so daß der Tumor im Mai schon faustgroß war. Vom Mai ab klinische Beobachtung. Es zeigt sich eigentümlicher Fieberverlauf, Fieberperioden mit fieberfreien Intervallen abwechselnd. Während der Fieberperioden Wachsen des Tumors, in den Fieberpausen Verkleinerung des Tumors, besseres Allgemeinbefinden. Von Mai bis Dezember wurden 13 Fieberperioden und 12 Intervalle beobachtet. Seit der 9. Fieberperiode werden die Fieberperioden länger, die Fieberhöhe intensiver, der Tumor außerordentlich groß. Das Blutbild zeigte anfangs mäßige, jetzt schwere Anämie, anfangs polynukleäre Leukozytose, jetzt Leukopenie, aber mit überwiegend polynukleären Zellen.

Interessant ist, daß zufällig akquirierte Masern vorübergehend auf die Geschwulst wesentlich verkleinernd einwirkten, die Intervalle wurden viel länger dauernd. Varizellen hatten keinen Einfluß auf die Geschwulst.

Die Sektion bestätigte die Diagnose. In der Milz fanden sich multiple Granulomherde; die Leukopenie wird mit dem Auftreten solcher Herde in Zusammenhang gebracht.

Nobel: **Ein Fall von diffusem Gliom (?) des Gehirns.** Das $2^1/_2$ Jahre alte Kind, aus konsanguiner Ehe stammend, erkrankte 3 Wochen vor der Aufnahme mit Zuckungen der Gesichtsmuskulatur und der Hände. Pat wurde schwächer, der Gang ataktisch, die Sprache schlechter. Der Zustand verschlechterte sich rasch. Die Intelligenz nahm bis zur völligen Verblödung ab. Es stellten sich allgemeine Spasmen ein. Wassermann, Pirquet negativ. Lumbalpunktion negativ. Augenspiegelbefund ergab rechts temporale Abblassung der Papille, links partielle Opticusatrophie. Differentialdiagnostisch kommt diffuse Sklerose, multiple Sklerose und Tumor in Betracht. Für erstere spräche die Demenz, der Augenspiegelbefund hingegen für eine multiple Sklerose. Diese ist aber bei Kindern außerordentlich selten. Demenz, Ataxie und bulbäre Sprache könnten auf einen Tumor in der hinteren Schädelgrube hinweisen. Der außerordentlich rasch progrediente Verlauf würde am ehesten für ein diffuses Gliom sprechen. Als Vergleichsfall demonstriert N. einen Fall von diffuser Hirnsklerose, der einen eminent chronischen Verlauf zeigt.

Neurath: **Die Rolle des Scharlachs in der Ätiologie der Nervenkrankheiten.** Die Symptomatologie der postskarlatinösen Erkrankungen des Nervensystems ist dieselbe, wie die im Gefolge anderer Infektionen auftretenden nervösen Komplikationen. Sie ist vielleicht nur vielseitiger und wird dadurch besonders interessant, daß sich, wie bei anderen Scharlachkomplikationen, auch bei den postskarlatinösen, nervösen Symptomenbildern das Auftreten in kritischen Zeiten

des Scharlachverlaufes konstatieren läßt. Von menningealen Formen finden sich der sogenannte funktionelle oder toxisch entstandene Meningismus, die seröse und die eitrige Meningitis. Letztere beiden Formen lassen sich oft nur durch das Ergebnis der Lumbalpunktion unterscheiden. Die eitrige Meningitis kann im Frühstadium oder im Desquamationsstadium des Scharlachs einsetzen, sie kann die Folge einer Otitis oder eines anderen Entzündungsprozesses in der Nähe des Gehirns sein, sie kann auch primär auftreten. Die Meningitis kann auch noch nach Jahren aus einzelnen Symptomen oder aus anamnestischen Angaben zu erschließen sein. Vortr. sah zwei derartige Fälle. In dem einen schloß sich an den Scharlach ein durch Hydrozephalus bedingter, mit allgemeinen Druck- und Kleinhirnsymptomen einhergehender Symptomenkomplex, bei der Obduktion fanden sich meningitische Veränderungen, die zu einem Verschlusse des Foramen Magendi geführt hatten. In einem anderen Falle schlossen sich an einen Scharlach Fettwuchs, Vergrößerung des Schädels, Kopfschmerz an; es wurden postskarlatinöser, meningitischer Hydrozephalus mit Vorbauchung des 3. Ventrikels und Druckschädigung der Hypophyse angenommen. Die postskarlatinöse Hemiplegie ist die häufigste Scharlachlähmung und ätiologisch die häufigste postinfektiöse Halbseitenlähmung. Vortr. verfügt über mehrere hierhergehörige Fälle. Nach Rolleston fanden sich unter 63 Fällen 48 rechtsseitige. Meistens setzen die Hemiplegien in der Rekonvaleszenz, selten im Beginne des Scharlachs ein. In der Regel bleibt die Lähmung dauernd, sie ist manchmal von Athetose, selten von Epilepsie gefolgt. Anatomisch kommen Hämorrhagie, Thrombose, Embolie, Enzephalitis, Meningitis in Betracht. In einem Falle des Vortr. sprach die Kombination der Scharlachhemiplegie mit angeborenem Vitium für sekundäre Endokarditis und Embolie, in einem anderen eine Atrophia nervi optici und Ertaubung des Ohres auf der der Hemiplegie entgegengesetzten Seite für abgelaufene Scharlachmeningitis, in einem dritten Falle fand sich außer einer tuberösen Sklerose kein erklärender anatomischer Befund, in einem vierten fanden sich Meningealödem und sklerotische Beschaffenheit des Hirns. Die Scharlachaphasie ist entweder ein Begleitsymptom der rechtsseitigen Hemiplegie oder ein urämisches Symptom. Die postskarlatinöse Epilepsie ist entweder posthemiplegisch oder auf dem Boden individueller Disposition durch den Scharlach ausgelöst. Multiple Sklerose, Tetanie, Chorea, Ataxie, spinale Affektionen, Neuritis und Geistesstörungen sind nach Scharlach wiederholt beobachtet worden.

Neben hauptsächlich vaskulären Störungen (Embolie, Thrombose, Hämorrhagie) als anatomischer Basis findet sich bei den meisten postskarlatinösen Nervenaffektionen ein meningitischer Prozeß entweder nachgewiesen oder zu vermuten, ebenso wie bei anderen postinfektiösen nervösen Nachkrankheiten. Dies läßt auf eine spezifische Irritabilität der zarten Hirnhäute durch toxische Einflüsse schließen, doch ist der Name der Meningitis nur für die schweren Formen zu reservieren, und die leichteren meningeal gefärbten Bilder wären eher als meningeale Reizung zu bezeichnen. Die Zeit des Einsetzens der nervösen Scharlachkomplikationen, die im allgemeinen identisch ist mit der bei anderen Komplikationen (Nephritis, Lymphadenitis) beobachteten, weist entweder darauf hin, daß die nervösen Symptome durch andere Komplikationen (Endokarditis, Embolie) verursacht werden, oder daß sie pathogenetisch der Nephritis, der Lymphadenitis usw. koordiniert sind. In diesem Falle wäre ihr Zustandekommen, so wie Schick es für die Nachkrankheiten des Scharlachs erweisen will, durch eine spezifische Überempfindlichkeit gegenüber den Produkten im Organismus latent zurückgebliebener Krankheitserreger zu erklären. (Nach Autoreferat).

Diskussion: Hochsinger weist der Urämie eine große Bedeutung zu für die Pathogenese der postskarlatinösen Gehirnaffektionen. Er sah 3 Fälle von hemiplegischem Typus. Zwei dieser Fälle kamen im Anschlusse an Urämie zur Entwicklung. Schick.

I. Preußische Landeskonferenz für Säuglingsschutz, Berlin, 9. Dezember 1911.

(Nach der Deutschen mediz. Wochenschrift).

Tagesordnung: Die Organisation des Haltekinderwesens in Preußen mit besonderer Berücksichtigung der Maßnahmen im Interesse der Säuglinge und Kleinkinder.

Effler (Danzig): **Die bisherige Entwicklung und der gegenwärtige Stand des Haltekinderwesens in Preußen.** Haltekind ist gewöhnlich ein uneheliches in Pflege gegebenes Kind. Das uneheliche Kind ist überall erheblich gefährdeter in seiner Lebenserwartung als das eheliche. Im einzelnen richtet sich die Lebenschance nach den Pflegemöglichkeiten. Entgegen anderen Feststellungen hält es Redner für das günstigste, wenn das Kind bei der Mutter bleibt, vorausgesetzt, daß diese hinreichend Zeit zur Pflege hat. Kommt das Kind in fremde Pflege, so ist sein Los abhängig von der Höhe und Regelmäßigkeit der Alimentierung. Je schlechter diese, desto häufiger ein Wechsel der Pflege. Verschiedene Polizeivorschriften regulieren die Haltepflege. Wirksam ist dies behördliche Interesse erst geworden, seitdem es zu einer dauernden Aufsicht durch beamtete Ärzte und Aufsichtsdamen geführt hat. Geordnet ist diese Aufsicht in den einzelnen Städten verschieden. Vorbildlich ist die Ziehkinderordnung in Leipzig, das bekannte Taubesche System. Besonders schwierig liegen die Verhältnisse auf dem Lande, wo die Organisation erst in den Anfängen steckt.

von Drigalski (Halle): **Ärztliche Forderungen zur Organisation des Haltekinderwesens.** Notwendig ist die Errichtung von Fürsorgeämtern, das der hilflosen Mutter Niederkunftsstellen und Pflegestellen für sie mit dem Kinde oder für das Kind allein nachweist. Das Fürsorgeamt unterstützt auch die Mutter in ihren Rechten dem Kindesvater gegenüber durch den Berufsvormund; es erledigt den Schriftverkehr mit anderen Behörden und Fürsorgestellen. Alle unehelichen Geburten sollen ihm sofort gemeldet werden, ganz gleich wo sie erfolgen. Das Fürsorgeamt vermittelt die Erlaubnis zur Aufnahme von Ziehkindern und geht verdächtigen Pflegestellen nach. Dem Adoptionsschwindel widmet es besondere Beachtung. Durch das Fürsorgeamt geschieht die ärztliche und pflegerische Überwachung der Haltefrauen; dem Amt werden Wechsel von Pflegestellen, Todesfälle von Ziehkindern, nicht genehmigte Ziehstellen gemeldet; es schreitet bei allen verdächtigen Fällen ein. Die Aufsichtsdame (Pflegerinnen, Weisenpflegerinnen, Helferinnen, Kreis-, Stadt-, Gemeindeschwestern usw.) wirken je nach den örtlichen Verhältnissen gegen Besoldung (so in Großstädten) oder ehrenamtlich; neben diesen sind auch in ländlichen Verhältnissen einzelne besoldete Kreisschwestern oder mehrere für ihre besondere Leistung honorierte Hebammen neben ehrenamtlichen schwer zu entbehren. Ebenso muß der Arzt durch Anstellung (beamtet oder ehrenamtlich) in näherer Beziehung zur Stadt- oder Kreisverwaltung stehen, da auf ihn, wie die Pflegerinnen polizeiliche Überwachungsbefugnisse übertragen werden. Die Verbindung mit anderen Fürsorgebestrebungen — Säuglings-, Tuberkulose-, Trinkerfürsorge — darf nur geschehen, wo man es z. B. bei ehrenamtlich tätigen Frauen in ländlichen Gemeinden ohne zu zahlreiche an offener Tuberkulose Leidende erwarten darf. Bei Häufung tuberkulöser Erkrankungen, also z. B. in Großstädten sollen die Waisenpflegerinnen nicht gleichzeitig Tuberkulosefürsorge ausüben. Unter gleichen Verhältnissen soll die ärztliche Kontrolle nicht einfach einer Städtischen oder von einem Verein gehaltenen Säuglingsfürsorgestelle überlassen werden. Sehr zweckmäßig wird dagegen dem verpflichteten Ziehkinderarzt die Leitung der Säuglingsfürsorge übertragen. Die Einführung der Leichenschau mindestens für alle Kleinkinder ist anzustreben.

Recke (Berlin): **Die örtliche Organisation des Haltekinderwesens, insbesondere seine Verbindung mit der Armen- (Waisen-)pflege, dem Gemeindewaisenrat, der amtlichen Berufungsvormundschaft und der städtischen Säuglingsfürsorge.** Die auf Grund von Polizeiverordnungen geübte Aufsicht über die in einer Gemeinde untergebrachten (privaten) Haltekinder umfaßt nur einen Teil der örtlichen gefährdeten Jugend

(nur die von den Erziehungsberechtigten außerhalb ihres eigenen Haushaltes in Pflege gegebenen Kinder); so ist zu fordern, daß sie die zu dieser Kategorie gehörenden Kinder lückenlos, also auch die in unentgeltlicher Pflege bei Verwandten untergebrachten erfaßt. Die Haltekinderaufsicht ist ihres polizeilichen Charakters zu entkleiden und als Maßnahme der vorbeugenden Jugendfürsorge zu entwickeln. Diese Wirksamkeit und Organisation ist nur möglich durch eine enge Verbindung der Haltekinderpolizei mit der öffentlichen Fürsorge für die (gemeindlichen) Pflegekinder, mit der Vormundschaftskontrolle durch den Gemeindewaisenrat und mit der Berufs(Sammel-)Vormundschaft. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, die bisher insbesondere geübte Doppelaufsicht zu vermeiden sowie eine von verschiedenen Punkten einsetzende, mit verschiedenen Rechten ausgestattete, aber einheitlich wirkende Fürsorge auszuüben. Für die Verwaltung ergibt sich daher die Forderung, alle der Fürsorge für die hilfsbedürftige Jugend, jedenfalls für die in gesundheitlicher und materieller Beziehung gefährdeten Säuglinge, die anderen Maßnahmen unter einheitlicher Leitung eines Städtischen (Jugendfürsorge-)Amts zu stellen, das wiederum mit der öffentlichen Armenpflege sowie mit der Wohlfahrtspflege engste Beziehungen unterhalten muß. Bei diesem Amt ist eine Sammelvormundschaft einzurichten. Auf dem Lande ist die Tätigkeit der von den großen Frauenorganisationen getragenen, durch eigene geschulte Pflegekräfte unterstützten freiwilligen Hilfskräfte mit Freuden zu begrüßen. Die Gemeinden, insbesondere aber Kreisverwaltungen haben mit diesen Organisationen in engste Fühlung zu treten und sie durch entsprechende Maßnahmen zu stützen und fördern. Erforderlichenfalls von seiten der Kreise besondere Pflegerinnen zu bestellen. Der Regierung sind insbesondere daher folgende Wünsche zu unterbreiten: Geeignete Vorschriften zur Vereinheitlichung und Ausdehnung der geltenden Polizeiverordnungen über das Haltekinderwesen zu erlassen und die landesgesetzliche Regelung dieser Materie ins Auge zu fassen. Der Verbesserung der Waisenpflege und der Ausgestaltung der Gemeindewaisenräte ihre Aufmerksamkeit zuteil werden zu lassen; die Verbesserung der allgemeinen Verwaltungsverhältnisse auf dem Lande ist eine besonders dringliche Aufgabe. Die Ausdehnung der Berufsvormundschaft, tunlichst auf landesgesetzlicher Grundlage zu fordern und bis dahin die Einführung von Sammelvormundschaften zu erleichtern.

III. Neue Bücher.

St. Engel und Marie Baum: **Grundriß der Säuglingskunde und der Säuglingsfürsorge.** Wiesbaden, J. F. Bergmann. Preis: 4.60 Mk.

Dieser Grundriß verdient weiteste Verbreitung, da er in ausgezeichneter Weise über alles Wissenswerte instruiert. Wenn die Verfasser hoffen, daß er im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit eine Waffe bilden wird, so können wir nur wünschen, daß diese Hoffnung sich verwirklicht und recht viele sich diese „Waffe“ anschaffen und segensreich ins Feld führen möchten. In 15 Kapiteln führt Engel den Lesern die Entwicklung des Säuglings, die Ernährung, die Krankheiten des Säuglings, die Erziehung und Beobachtung desselben usw. vor, während Dr. Marie Baum, die Geschäftsführerin des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirke Düsseldorf, in drei Kapiteln sich mit der Säuglingsfürsorge beschäftigt. Beide Verfasser sind in ihrer Ausdrucksweise präzis und klar, 62 Abbildungen ergänzen ihre Worte aufs beste. Grätzer.

F. A. Schmidt und Fr. Schröder: **Orthopädisches Schulturnen.** Leipzig, B. G. Teubner. Preis: 4.— Mk.

Ein Schularzt und ein städtischer Turninspektor haben sich zusammengetan, um in Wort und Bild (ausgezeichnete Photogravüren auf Tafeln und instruktive Abbildungen im Text) uns das Schulturnen vor Augen zu führen. Über den Nutzen dieser Übungen braucht wohl hier kein Wort verloren zu werden. Das Büchlein ist ein vortrefflicher Wegweiser und verdient vollste Anerkennung.

Grätzer.

G. Preiser: **Statische Gelenkerkrankungen.** Stuttgart, F. Enke. Preis: 10 Mk.

Diese Arbeit führt die Erscheinungen einer abnormen Statik des Knochengerüstes der Extremitäten auf Grund eingehender anatomischer, klinischer und radiologischer Beobachtungen auf eine für alle Gelenke geltende Basis, auf eine pathologische Gelenkflächeninkongruenz zurück. Typische Leidensgeschichten und erfolgreiche Therapie — die Erfahrungen stützen sich auf ca. 2400 Fälle — fordern zu eingehendem Studium dieser Theorie auf. Die Sache ist auch deshalb eminent wichtig für den Praktiker, weil eine Verkennung dieser Arthritiden und die Verwechslung mit anderen Affektionen den Kranken verhängnisvoll werden kann. Man studiere dieses — mit 272 sehr guten Abbildungen versehene — Buch eingehend. Grätzer.

R. Ledermann: **Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Berlin, O. Coblentz. Preis; 6.— Mk.

Kurz und klar berichtet der Autor von allen therapeutischen Mitteln und Maßnahmen, die uns zu Gebote stehen, und — im speziellen Teile — von der Behandlung der einzelnen Haut- und Geschlechtskrankheiten. Kein überflüssiges Wort — aber alles, was man wissen muß und mit Vorteil verwenden kann, präzis gesagt! Ein Buch für den Praktiker. Der vorliegenden 4. Auflage werden sicher weitere folgen. Grätzer.

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Die Hauptstelle für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Groß-Berlin wird im Laufe des Frühjahrs einen mit Besichtigungen verbundenen Vortragszyklus über die Organisation des praktischen Mutter- und Säuglingsschutzes veranstalten. Alles Nähere durch die Geschäftsstelle, Berlin W. 9, Potsdamer Straße 134a.

Charlottenburg. Die Schulzahnpflege wird neuerdings auch auf Kinder im sogenannten vorschulpflichtigen Alter, d. h. für solche, die mit Vollendung des ersten Lebensjahres aus den Säuglingsfürsorgestellen entlassen, aber noch nicht schulpflichtig (6 Jahre alt) sind, ausgedehnt.

Wandsbek. Eine städtische Säuglingsfürsorgestelle ist eröffnet.

Zwickau. In den Schulen wird orthopädischer Turnunterricht eingeführt.

Wien. Privatier Josef Spitzberger hat $2^1/_2$ Millionen Kronen der israelitischen Kultusgemeinde zur Errichtung eines interkonfessionellen Kinderspitals vermacht.

Krakau. Sekundärärztin Dr. Helene Sikorska ist beauftragt, an der Lehrerinnenbildungsanstalt in Somatologie und Schulhygiene zu unterrichten.

Basel. A. o. Prof. Wieland ist zum o. Prof. und Direktor der Kinderklinik ernannt; außer ihm waren vorgeschlagen Priv. Dozz. Ibrahim (München) und Noeggerath (Berlin).

San Francisco. Dr. L. R. Porter ist zum Prof. der Kinderheilkunde an der Leland Stanford Universität ernannt.

Gestorben: Dr. P. Blasi, einer der Begründer der italienischen Kinderheilkunde, in Velletri, 83 Jahre alt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVII. Jahrgang. 1. Juni 1912. Nr. 6.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

G. Finizio, Der Bordet-Gengousche Bazillus in der Ätiologie des Keuchhustens. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. S. 121.) Der Bazillus von Bordet-Gengou findet sich mit bemerkenswerter Häufigkeit im Sputum keuchhustenkranker Säuglinge, besonders im Beginn der Krankheit und bei Fehlen komplizierender Erkrankung der Atemwege. Das Serum keuchhustenkranker Säuglinge zeigt eine wenig konstante Agglutination für den Bordet-Gengouschen Bazillus. Ist aber Agglutination vorhanden, so ist diese ziemlich hoch.

Das Serum von Säuglingen in der Rekonvaleszenz nach Keuchhusten zeigt mit großer Häufigkeit positivie Komplementbindungsreaktion gegenüber dem Bordet-Gengouschen Bazillus.

Auf Grund dieser bakteriologischen und serologischen Tatsachen hat man das Recht anzunehmen, daß der Bordet-Gengousche Bazillus wirklich der Erreger des Keuchhustens ist. Schick.

Alexander Wolff, Zur Beurteilung der Temperaturschwankungen beim Kinde. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. S. 128.) Jedem Arzt sind Kinder bekannt, die häufig erhöhte Temperaturen, ja nicht selten Werte über 38,0 haben und die durch jede kleine Anstrengung, z. B. durch einen kurzen Spaziergang unverhältnismäßig ermüdet werden. Sind die Kinder zart oder zeigen sie gar eine positive Tuberkulinreaktion, so werden sie als Tuberkulose angesehen und behandelt.

W. hat nun untersucht, inwieweit diese höheren Temperaturen durch Krankheit oder durch äußere Untersuchungsverhältnisse bedingt wären und inwieweit bei diesen Kindern eine erhöhte Labilität der Temperatur gefunden werden konnte, die man vielleicht als Ausdruck jener gefundenen leichten Ermüdbarkeit ansprechen dürfte. Es wurden zwei Versuchsanordnungen getroffen. Die Kinder wurden sofort beim Eintreffen und dann nach einer Ruhe von 25—30 Minuten gemessen; oder sie mußten nach halbstündigem Ruhen eine Treppe laufen; vor und nach dem Laufversuch wurde das Kind gemessen.

W. erhält bei zahlreichen Kindern schon große Temperaturschwankungen (bis 1,5°), ohne daß man daraus diagnostische Schlüsse ziehen könnte. Es genügt ein Spaziergang von 10 Minuten, ein

Treppensteigen, wie es Kinder oftmals im Tage ausführen — kurz Anstrengungen, wie sie im täglichen Leben bei jeder Gelegenheit vorkommen und kaum als solche empfunden werden — um starke Temperaturschwankungen zu bewirken.

Eine Reihe von Temperaturkurven am Schlusse der Arbeit gibt ein anschauliches Bild über die Beobachtungen. Schick.

Ernst Mayerhofer und **Rudolf Neubauer,** Über Meningitis tuberculosa und Meningitis serosa (Ergebnisse der Permanganattitration des Liquor cerebrospinalis). (Zeitschr. f. Kinderheilh. Bd. 3. S. 155.) M. hat in der pädiatrischen Sektion der Wiener Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde die erwähnte Methodik und die damit erzielten Resultate publiziert (s. Referat). In der vorliegenden Arbeit erweitern die Autoren die damaligen Schlußsätze auf Grund ausgedehnterer Versuche (100 Neubeobachtungen mit 182 Punktionen und 518 Einzeltitrationen).

Eine tuberkulöse Meningitis ohne Erhöhung der Reduktionswerte des Liquor (soweit Permanganatprobe in Betracht kommt) existiert nicht, aber nicht überall, wo die Permanganatzahl erhöht ist, kann auf tuberkulöse Meningitis geschlossen werden. Erst mehrere Punktionen geben in solchen Fällen diagnostische Anhaltspunkte.

Bei Meningismus im Gefolge von Pneumonien, Darmstörungen, bei der Meningitis serosa bleiben die Permanganatwerte im allgemeinen unter 2,0. Als neuer Befund wurde manchmal positive α-Naphtholreaktion (nach G. Goldschmiedt) des Liquor cerebrospinalis beobachtet, welche Reaktion bei Abwesenheit von Nitraten (Nitriten) auf die Gegenwart von Glucuronsäuse bezogen werden kann.

Schick.

M. Pfaundler, Über virginelle Laktation. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 3. S. 191.) Interessante Mitteilung über virginelle Laktation bei einem Kalbe. Dieses war sofort nach der Geburt in einen Kälberstall gebracht worden, wo es mittels künstlicher Saugvorrichtung aufgezogen wurde. Nach 4 Wochen gelangte es dann mit andern Kälbern in einen gemeinsamen Laufstall. Hier ereignet es sich, daß sich die Kälber gegenseitig an den kleinen Milchzitzen ansaugen. Insbesondere an diesem Kalbe war von den Stallgenossen ständig gesaugt werden. Das Kalb fiel durch die Euterfülle auf. Man versuchte das Euter zu entleeren und es gelang, anfangs 30—40 ccm, später sogar fast 200 ccm im Laufe eines Vormittags zu ermelken. Bestreichen der Zitzen mit Holzteer nützte nichts, die anderen Tiere saugten weiter. Das Tier wurde dann isoliert, und nun hörte trotz mechanischer Entleerung die Milchsekretion auf. Es steht in diesem Fall fest, daß bei einem allem Anscheine nach völlig normalen, virginellen Tier oft geübter Saugreiz von einer richtigen und ziemlich profusen Milchsekretion gefolgt war.

P. erörtert die Bedeutung dieser Beobachtung für die Auffassung der Milchsekretion. Man kann auch nach dieser Beobachtung noch annehmen, daß die Milchdrüse eine kontinuierliche sekretorische Funktion hat, die durch Saugreiz oder andere Reize gesteigert wird.

Schick.

E. Ebstein, Juvenile Dystrophie und lordotische Albuminurie im Kindesalter. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 3. S. 206.) E. erinnert an eine Beobachtung Bartels aus dem Jahre 1875 über einen 16jährigen Menschen mit Dystrophie, der am Tage, während er herumlief, eiweißhaltigen Harn entleerte. Die lordotische Haltung des Patienten muß nach den Untersuchungen Jehles für das Zustandekommen der Albuminurie verantwortlich gemacht werden. Wenn nicht alle Fälle diese Symptome zeigen, hat dies darin seine Ursache, daß sich die Lordose solcher Fälle nicht immer mit der Lordose deckt, die man bei lordotischer Albuminurie findet. Schick.

E. Ebstein, Überfütterung und Krämpfe. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 3. S. 209.) Zitat aus der Tierkunde von Aristoteles, um zu zeigen, daß der Zusammenhang zwischen Überfütterung und Krämpfe auch in älterer Zeit bekannt war:

„Die meisten Kinder pflegen von Krämpfen befallen zu werden, besonders die sehr wohlgenährten und welche sehr viele und dicke Milch bekommen oder wohlbeleibte Ammen haben. Die meisten Kinder sterben in der ersten Woche. Auch leiden sie mehr zur Zeit des Vollmondes.“ Schick.

O. Witzinger, Zur anaphylaktischen Analyse der Serumkrankheit nebst Untersuchungen über die Zuteilung gewisser Infekte zu den spezifischen Reaktionskrankheiten. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 3. S. 211.) W. bestätigt die Angaben von Francioni, daß während der Serumkrankheit des Menschen Komplementschwund eintritt. Weitere Untersuchungen beschäftigen sich mit der Blutdrucksenkung und der Gerinnungsfähigkeit bei Serumkrankheit. Das Ergebnis dieser Untersuchungen ist:

1. Die im anaphylaktischen Chok des Hundes beobachtete Blutdrucksenkung ist bei der Serumkrankheit des Menschen nicht nachzuweisen.

2. Die Beobachtung der Gerinnungszeit ergibt eine Verkürzung während der primären Serumkrankheit, eine Verlängerung bei der sofortigen Reaktion. Die Verlängerung und Verkürzung werden als Folgen eines prinzipiellen gleichen Prozesses aufgefaßt; erstere wird durch das Vorhandensein geringerer, letztere durch das Vorhandensein größerer Anaphylatoxinmengen hervorgerufen.

3. Die Untersuchung der Gerinnungszeit bei Masern und Scharlach ergibt Befunde, die die Zugehörigkeit der ersteren zu den spezifischen Reaktionskrankheiten zu bestätigen scheinen. Die Zugehörigkeit des Scharlachs zu den spezifischen Reaktionskrankheiten läßt sich auf Grund der Befunde nicht ausschließen. Schick.

Berend und **Tezner,** Anteilnahme des sympathischen Nervensystems an den Erkrankungen des Säuglings. (Monatsschrift f. Kinderheilk. 1911. Bd. 10. Nr. 7. S. 388.) Die Ernährungsstörungen wirken auf alle Organschädigungen ein. Zahlreiche Symptome weisen darauf hin, daß bei den verschiedensten Krankheiten, speziell bei den Ernährungsstörungen die Schädigung des Sympathicus

eine wichtige, oft ausschlaggebende Rolle zu spielen scheint. Solche Symptome sind die Blässe der Haut, Meteorismus, die venöse Hyperämie der Hirnhäute. Eine klinische Folge der veränderten Blutverteilung des Blutes im Kopfe sind die Fälle der Hydrocephalus internus acutus bei Ernährungsstörungen. Diese Symptome sind nicht Symptome von Herzschwäche, sondern Zeichen einer Störung im Reguliermechanismus der Gefäße im Sympathicussystem. Zur Klärung der Frage, in welcher Weise der Sympathicus geschädigt wird, prüften die Autoren die sogenannte „Loewysche Reaktion". Loewy fand, daß der normale Dilatator pupillae auf Adrenalin nicht reagiert, ist aber die Erregbarkeit des Sympathicus erhöht, so ruft ein Tropfen Adrenalin (1 $^0/_{00}$ Lösung) ausgesprochene Mydriasis hervor. Es ergab sich bei Prüfung der Säuglinge folgendes Verhalten:

Der gesunde und der chronisch kranke Säugling zeigt keine Adrenalinmydriasis. Man findet sie nur bei verschiedenen Erkrankungen in den letzten 24 Stunden vor dem Tode und bei schweren toxischen Erkrankungen. In letzterem Falle schwindet die Reaktion mit dem Rückgang der toxischen Erscheinungen. Bei toxischen Erkrankungen ist demnach das Sympathicussystem leicht reizbar.

Schick.

H. Helbich, Zur Physiologie der Milchsekretion. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 10. Nr. 8. S. 311.) 1. Bedarf es des histologischen Reizes zur Anregung und Erhaltung der Laktation? Es heißt bis jetzt, daß zur Erhaltung und Anregung der Laktation der Saugreiz des Kindes gehört. H. hat nun bei 10 Frauen mit deren Einverständnis die ganze Milch durch Wochen und Monate hindurch durch Abpumpen mittels einer Milchpumpe gewonnen (Forestsche Milchpumpe erhältlich bei Eberhard Nippe, Berlin) und konnte dadurch nachweisen, daß die Laktation auch ohne den physiologischen Reiz des saugenden Kindes einzig und allein durch die künstliche Entleerung mit der Milchpumpe völlig in Gang erhalten werden kann. In einzelnen Fällen besserte sich sogar die Milchproduktion.

Im Beginne der Laktation gelingt es, eine schlecht sezernierende Brust durch künstliche Entleerung mit der Milchpumpe in ihrer Produktion zu steigern. Es ist also nicht richtig, daß es nicht möglich ist, wie bei einer Kuh oder Ziege die gesamte Milchmenge einer Frau zu gewinnen und Analysen des Gemisches anzustellen.

H. sieht die Bedeutung seiner Untersuchungen darin, daß es jetzt möglich ist, in einwandfreier Weise die Variationen der Sekretion und die Zusammensetzung der Milch zu bestimmen.

Schick.

Hans Kleinschmidt, Die biologische Differenzierung der Milcheiweißkörper. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. Nr. 8. S. 402.) Die mittels Präzipitation und Komplementbindung gewonnenen Resultate lauten:

1. Im anaphylaktischen Versuche lassen sich die Eiweißkörper der Kuhmilch, Kasein, Albumin und Globulin voneinander differenzieren.

2. Albumin aus Kuhmilch und Rinderserum scheinen identisch zu sein; Globulin aus Kuhmilch und Rinderserum scheinen identisch zu sein.

3. Kasein nimmt eine Sonderstellung gegenüber den übrigen Milch- und Bluteiweißkörpern der gleichen Art ein, wenn auch eine absolute Differenzierung unmöglich ist. Globulin steht dem Kasein näher als Albumin.

4. Kasein besitzt Artspezifität.

5. Die Trennungsmöglichkeit von Kuhmilch und Blutserum beruht auf dem Reichtum der Milch an Kasein bei geringem Gehalt an Molkeneiweißkörpern. Sie hört auf, sobald der Gehalt an Molkenproteinen ein gewisses Maß erreicht. Schick.

F. Lust, Die Beteiligung der Schleimhaut des Urogenitalapparates am Symptomenkomplex der exsudativen Diathese. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. Nr. 8. S. 420.) L. untersuchte 110 Urine von männlichen Säuglingen, 13 Säuglinge waren vollkommen gesund, 61 boten mehr oder weniger ausgesprochene Symptome der exsudativen Diathese, die übrigen 36 verteilen sich auf eine ganze Reihe von anderen Krankheitszuständen. Der Harn wurde zentrifugiert und auf Sediment untersucht. Es zeigte sich, daß 52,4 % der Fälle von exsudativer Diathese ein auffallend reichliches Sediment ergaben, das sich aus massenhaften Epithelien aller Art zusammensetzte, denen zuweilen Leukozyten beigemengt sind. Diese Epithelien dürften als Ausdruck eines an der Schleimhaut des Urogenitaltraktes sich abspielenden Desquamationsprozesses aufzufassen sein. Im Harn normaler Kinder finden sich nur spärliche Zellen. L. bringt diese Schleimhautveränderung in Analogie mit der Lingua geographica.

Die Frage, ob eine Schleimhaut im Stadium der Desquamation einen günstigen Boden für die Entstehung von Infektion (Pyelitis, Cystitis) gibt, könnte mit Wahrscheinlichkeit bejaht werden. Schick.

P. Glaessner, Über angeborene Verbildungen im Bereiche der oberen Extremität. (Aus der Chirurgischen Univers.-Poliklinik der Charité in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 50.) Es handelt sich zunächst um Verbildungen, welche im engsten Zusammenhang stehen mit dem Bilde der typischen kongenitalen Klumphand.

Fall 1 betrifft die linke Hand eines 2½ Jahre alten Knaben, bei dem außer noch an der rechten sonst keine andere Deformität vorhanden war. Der Daumen ist in der Entwicklung gegen die anderen Finger erheblich zurückgeblieben und stellt ein nur durch eine Hautbrücke mit der Hand verbundenes Anhängsel dar. Die Hand selbst zeigt eine leichte radiale Abweichung, in der Gegend der Epiphyse der Ulna befindet sich eine kleine Delle in der Haut. Das Röntgenbild zeigt normal entwickelte Vorderarmknochen, desgleichen sind Handwurzel-, Mittelhand- und Phalangenknochen völlig normal ausgebildet, nur der Mittelhandknochen und die Phalangen des Daumens sind in der Entwicklung erheblich zurückgeblieben und bedeutend kleiner und dünner als die der anderen Finger. Auffallend stark rudimentär ist das Metakarpale des Daumens. Viel hochgradiger sind die Veränderungen, welche wir an der anderen Hand des Knaben finden. Der Vorderarm ist bedeutend kürzer als der der anderen Seite, die Hand selbst sehr stark nach der radialen Seite zu abgeknickt und gleichzeitig gegen den Vorderarm flektiert. An der typischen und oben bezeichneten Stelle am

unteren Ende der Ulna findet sich wieder eine kleine Delle, der Daumen ist ähnlich wie an der anderen Hand. Das Röntgenbild ergibt nun einen sehr interessanten Befund. Die Ulna ist stark verdickt, kürzer als auf der anderen Seite, nach Fläche und Kante gebogen, und zwar so, daß ihre Konkavität radialwärts gerichtet ist, vom Radius ist nur ein kleines Stück entwickelt, das vom Ellbogengelenk bis etwa in die Mitte des Vorderarms reicht und dort ziemlich spitz endet. Metacarpale und Phalangen des Daumens sind in der Entwicklung nicht so hochgradig zurückgeblieben wie die der anderen Seite, jedoch deutlich kleiner und dünner als die übrigen Metacarpalia und Phalangen. Eine dritte Hand endlich, die von einem $^3/_4$ Jahre alten Knaben stammt, zeigt die typische Form der angeborenen Klumphand, d. h. der Vorderarm ist hochgradig verkürzt, leicht ulnarwärts konvex verbogen mit typischer Delle an dem distalen Ende der Ulna und rechtwinkliger, radialwärts gerichteter Abknickung der Hand, bei vollkommenem Daumendefekt. Das zugehörige Röntgenbild zeigt eine stark verdickte, leicht gekrümmte Ulna, völliges Fehlen des Radius, rechtwinklige Abknickung der Hand im Karpoulnargelenk, sowie völliges Fehlen aller Daumenknochen.

Im Zusammenhang mit einer Mitteilung von Gasne, welcher über ähnliche Fälle berichten konnte, möchte G. an der Hand dieser eben beschriebenen Fälle die kongenitale Klumphand bezeichnen als das Stehenbleiben der Hand auf einer relativ frühen Entwicklungsstufe. Die beiden erstgenannten Fälle stellen wohl Entwicklungsstörungen dar, die erst in etwas späteren Stadien aufgetreten sind. Wir sehen in den drei mitgeteilten Fällen eine Reihe von Störungen, deren erstes Glied die typische kongenitale Klumphand mit vollkommenem Radius- und Daumendefekt darstellt, in deren Mitte eine kongenitale Klumphand steht mit partiellem Radiusdefekt und mangelhafter Entwicklung des Daumens und an deren Ende eine im ganzen wenig verbildete Hand sich findet, die nur eine leichte radiale Ablenkung, die typische Delle an der Ulna und einen mangelhaft entwickelten Daumen erkennen läßt. Die zuletzt genannte Form bedeutet ein Stehenbleiben in der Entwicklung der Hand in einem relativ späten Stadium.

Im Anschluß an diese Fälle von partiellem und totalem Radiusdefekt beschreibt G. zwei Fälle von partiellem kongenitalen Ulnadefekt, welche erheblich seltener sind als die vorgenannten und die in die Reihe der Fälle gehören, welche Wierzejewski im 27. Band der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie vollkommen zusammengestellt und ausführlich besprochen hat.

Im ganzen sind bisher mit den von Wierzejewski beschriebenen 27 in diese Gruppe gehörige Fälle bekannt, den 28. und 29. stellen G.s beide Fälle dar. In dem einen, der eine 28jährige Frau betraf, handelt es sich um eine erhebliche Verkürzung des rechten Vorderarms und der Hand gegenüber der anderen Seite; die Hand steht ulnarwärts abduziert, der Vorderarm in voller Supination ist leicht radialwärts konvex. Auf dem Röntgenbild sieht man einen kurzen, plumpen, nach der Daumenseite konvexen Radius. Die Gelenkfläche, die mit dem Humerus artikuliert, steht nicht wie üblich horizontal, sondern sagittal. Die Ulna ist nur zum Teil entwickelt und besteht aus einem ziemlich dicken, mit dem unteren Humerusende fest verwachsenen, distalwärts etwas kolbig zulaufenden Knochenstück, sie reicht etwa bis in die Mitte des sehr stark verkürzten Vorderarms. Die Hand steht kleinfingerwärts abduziert. Neben den Handwurzelknochen finden sich noch zwei kleine, rundliche Knochenschatten, die wahrscheinlich dem distalen Ende der Ulna entsprechen. Die Metacarpalia und Phalangen zeigen normale Gestalt, wenn sie auch etwas kürzer und dünner sind, als dem Alter der Trägerin entspricht. Es wäre noch hinzuzufügen, daß die Trägerin dieser Deformität durch frühzeitige Übung keine wesentliche Beeinträchtigung ihrer Leistungsfähigkeit zu erkennen gibt.

Der zweite Fall betrifft die rechte obere Extremität einer 39jährigen Frau, deren Vorderarm und Hand gleichfalls stark verkürzt sind. Das Röntgenbild zeigt folgenden auffallenden Befund: Humerus, Radius und Ulna sind knöchern miteinander verwachsen, der Radius, im ganzen etwas dicker, ist an seinem distalen Ende kolbenförmig und reicht bis zu den Handwurzelknochen, mit denen er artikuliert. Die Ulna erheblich dünner als der Radius, reicht nur bis etwa in das untere Drittel des Vorderarms und zeigt keine Verbindung mit der Hand. Die Handwurzelknochen fehlen zum Teil, die vorhandenen lassen sich nicht mit Sicherheit differenzieren, es scheint, als ob das Capitatum und das Naviculare sowie das Lunatum vorhanden wären und daß der der Ulna zunächst gelegene Knochenschatten dem distalen Ende derselben entspricht. Die Hand selbst trägt nur drei Finger, welchen drei Metacarpalia entsprechen. Die Finger sind zum größten Teil syndaktylisch miteinander verwachsen. Daumen, Zeigefinger und Mittelfinger sind vorhanden, die übrigen Finger und die dazu gehörigen Mittelhandknochen fehlen. Der Zeigefinger weist eine zu kurze Mittelphalange auf. Während die Beweglichkeit im Schultergelenk vollkommen frei und in normalen Grenzen vorhanden ist, sind in der Gegend des Ellbogens, wo das Gelenk fehlt, Bewegungen natürlich ausgeschlossen. Die Bewegungen im Handgelenk sind nach allen Richtungen hin etwas eingeschränkt, die Bewegungen in den Fingergelenken durch die Syndaktylien nicht behindert. Ein leichtes Spreizen und Schließen der Finger, wenigstens in den Endgelenken, ist möglich. Die Trägerin dieser Deformität vermag infolge der langjährigen Übung seit frühester Kindheit sich ihrer Hand ganz gut zur Arbeit zu bedienen, sie fertigt sogar feine Näharbeiten an, mit denen sie ihren Lebensunterhalt erwirbt.

Die eben beschriebenen Syndaktilien im Zusammenhang mit der hochgradigen Verbildung in der Gegend des Ellbogengelenkes und des ganzen Vorderarmes haben nicht zu einer schweren Funktionsstörung geführt, und es ist deshalb recht verständlich, daß die Träger von angeborenen Verbildungen im Bereiche der Finger im späteren Alter sich derart an den Zustand gewöhnen, daß sie es noch zu recht erheblicher Geschicklichkeit in ihren Händen bringen.

Den besten Beweis dafür gibt vielleicht ein Fall, der eine 35jährige Frau betrifft. Es bestehen an beiden Händen hochgradigste Syndaktylien aller Finger, die Syndaktylien sind zum Teil häutiger, zum Teil knöcherner Natur. — Das Röntgenbild läßt das Vorhandensein zahlreicher überzähliger Handwurzelknochen sowie die Anwesenheit von beiderseits sieben Fingern erkennen. Es besteht an beiden Händen ein doppelter Daumen neben fünf Fingern, wobei zu bemerken ist, daß besonders die Grund- und Mittelphalangen sowie die Metacarpalia wesentliche Formdifferenzen gegenüber der Norm aufweisen. Die Verbildung betrifft beide Hände ziemlich gleichmäßig, auch beide Füße lassen sieben Zehen erkennen. Da die Handgelenke normal, die Fingergelenke etwas beweglich, der doppelte Daumen sogar etwas oppositionsfähig ist und auch der fünfte Finger eine gewisse freie Beweglichkeit zeigt, so ist die Funktion der Hand, mit welcher die Patientin hauptsächlich Feldarbeit verrichtet, nicht gerade schlecht zu nennen. Die Trägerin dieser Deformität bezeichnet die letztere deshalb auch nur als einen Schönheitsfehler, der sie bei ihrer Arbeit nicht wesentlich behindert.

Von diesem und ähnlichen Fällen ausgehend, ist G. zu der Ansicht gekommen, daß man vielleicht bei der Beseitigung von Syndaktylien ganz kleiner Kinder etwas sparsamer sein sollte, als dies bisher geschieht. Diese Mahnung kommt besonders dann in Betracht, wenn die durch die Operation gesetzten Narben die Gebrauchsfähigkeit der Finger erheblicher beeinträchtigen, als die Syndaktylie es täte.

Einen solchen Fall schildert G. Es handelt sich um einen 14 Wochen alten Knaben mit Syndaktylien zwischen drittem, viertem und fünftem Finger, beiderseits vollkommen symmetrisch. Das Röntgenbild zeigt eine deutliche Verschmelzung der Endphalange der drei genannten Finger. Die Eltern baten um Beseitigung des Zustandes durch eine Operation. G. hat dieses Ersuchen ab-

gelehnt, weil er der Ansicht war, daß bei der Operation ein Teil der Endphalangen an jedem Finger wegfallen müßte, also die Finger kürzer würden, und weil die auf die Greiffläche der Finger zu liegen kommenden Narben gewiß eine stärkere Schädigung der Gebrauchsfähigkeit bedeuten als die Syndaktylie selbst.

Zum Schluß schildert G. noch eine Syndaktylie, welche durch amniotische Abschnürungen entstanden ist.

Es handelt sich um ein 1¹/₄ Jahre altes Mädchen mit zahlreichen Schnürfurchen im Bereiche der oberen rechten Extremität, von denen eine zur Amputation der Nagelphalanx des vierten Fingers und syndaktylische Verschmelzung desselben mit dem dritten geführt hat. Grätzer.

W. W. Rosanoff, Krebs des Eierstocks bei einem 5jährigen Mädchen. Ovariotomie. (Aus der Chirurg. Abteilung des Sophienkinderhospitals in Moskau.) (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 50.) Am 19. April 1906 wurde das 5jährige Mädchen Anna M. aufgenommen, das über Schmerzen im Leibe klagte. Die Kranke stammte aus einer Bauernfamilie. In der Familie sind keine Geschwülste vorgekommen. Die Mutter stillte das Mädchen 1¹/₂ Jahre. Das Kind bekam mit einem Jahre Zähne. Es hat früher nur an Masern gelitten. Wie die Mutter erzählte, wurde die Geschwulst im Leibe vor 4 Monaten bemerkt. Sie nahm bald an Größe zu und verursachte Schmerzen. Dieser Umstand veranlaßte die Mutter, ihr Kind nach Moskau zu bringen.

Status: Das Mädchen ist von mittlerer Statur und regelmäßig entwickelt, aber mager und blutarm und zeigt einen rachitischen Rosenkranz. An den Brustorganen sind keine Veränderungen nachweisbar. Bei Untersuchung des Leibes ist rechts eine Vorwölbung zu sehen. Bei der Betastung fühlt man hier die Geschwulst, deren untere Grenze sich im Becken, deren obere sich in der Höhe des Nabels befindet. Die Geschwulst hat eine runde Form, ihre Größe entspricht dem Kopfe eines Neugeborenen. Sie ist gut abgegrenzt, fest und beweglich. Betastung und Verschiebung verursachen Schmerzen. Die Haut über der Geschwulst und andere Teile des Leibes sind nicht verändert. Die Dämpfung der Geschwulst geht nicht in die Leberdämpfung über. In den übrigen Abschnitten gibt der Leib tympanitischen Schall. Milz und Leber sind normal.

Der Urin ist klar, sauer und enthält weder Eiweiß noch Zucker. Die Temperatur ist abends 37,3° und ein wenig mehr.

Es läßt sich nicht genau feststellen, was für eine Geschwulst vorliegt und von welchem Organe sie ausgeht; wegen des schnellen Wachstums muß man eine bösartige Geschwulst vermuten. Die Beweglichkeit der Geschwulst ließ annehmen, daß die operative Entfernung möglich sei. Daher machte ich am 10. Mai die Laparotomie unter Chloroformnarkose.

Der Schnitt wurde in der Mittellinie bis zum Nabel geführt. Nach Eröffnung des Leibes zeigte sich die Geschwulst, welche von vorn oben und rechts von den Schlingen des Dünndarmes und vom Netz bedeckt war. Letztere waren mit der Geschwulst verwachsen. Mit der ins Becken eingeführten Hand wurde der Stiel betastet. Der Schnitt wurde beinahe bis zum Scrobiculum cordis vergrößert. Die

Verwachsungen mit dem Darm und dem Netz wurden leicht zerrissen, dabei erfolgte eine bedeutende Blutung, die durch Kompression und Anlegung einiger Nähte gestillt wurde. Nach Lösung der Adhäsionen wurde die Geschwulst leicht herausgebracht, blieb aber an einem Stiel hängen, der aus dem Becken hervortrat und ein vergrößertes rechtes Ligamentum latum darstellte. Seine Breite war beinahe 4 ccm. Unten war die ausgedehnte und vergrößerte Tube zu sehen. Der Stiel wurde mit der Klemmzange gefaßt und mit der Seide unterbunden. Nach Abtragung der Geschwulst wurden die Gefäße in dem Stiel noch einmal in loco unterbunden und ins Becken versenkt. Die linken Adnexe zeigten keine Veränderungen. Die blutenden Stellen der Adhäsionen wurden nochmals untersucht, die Darmschlingen und das Netz zurückgebracht und die Bauchhöhle mit einer dreifachen Naht geschlossen. Kollodiumverband. Die Ausheilung war glatt und fieberlos (36,6—37,0).

Am 17. Mai wurden einige Nähte und am 20. Mai die letzten entfernt. Am 29. Mai durfte das Kind aufstehen, am 12. Juni wurde es mit fester und dicker Narbe entlassen. Die Geschwulst war höckerig und wog mehr als 400 g. Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab sich folgendes: Die Geschwulst hat einen alveolären Bau. Das Stroma besteht aus zellreichem Bindegewebe, das zwischen den aus Rundzellen bestehenden Inseln mit den dicken Streifen durchzieht. Diese Zellen sind protoplasmareich. Der Kern ist bläschenförmig und hat deutliche Chromatinfäden und -körnchen. Die Alveolen sind groß und schließen mehr die Zellen- als das Bindegewebe. Diagnose: Medulläres Karzinom.

Geschwülste des Eierstockes sind bei Kindern sehr selten. Winternitz und Finaly haben das Prozentverhältnis verschiedener Geschwülste ausgerechnet. Am häufigsten sind Zystadenome und Embryome (66 % aller bekannt gewordenen Fälle). Dann folgen die Karzinome und Sarkome, zusammen 34 %, dabei kommen die Sarkome ein wenig öfter als die Krebse vor. In der russischen Literatur finden sich nur ganz wenige Fälle von Geschwülsten bei Kindern. Außer zwei Fällen von Sarkom des Eierstocks bei einem 8jährigen und einem neugeborenen Mädchen, welche von Prof. Fenomenoff operiert wurden, und einem Fall von doppelseitigem Krebs bei einem 14jährigen Mädchen (Kusnetzky) konnte R. nichts in der ihm zugänglichen Literatur finden. Grätzer.

J. H. Schultz, Klinische Erfahrungen mit dem Gonokokkenvakzin Arthigon. (Aus der Dermatolog. Univers.-Klinik in Breslau.) (Ebenda.) Brucks Arthigon (Chem. Fabrik Schering-Charlottenburg) wurde in vier Fällen injiziert. Unter diesen vier Fällen waren zwei volle Heilerfolge, ein zweifelhafter und ein Mißerfolg zu verzeichnen. Es muß jedoch bemerkt werden, daß die beiden mit Erfolg behandelten Fälle bis zur Höchstdose von 5,0 pro dosi und zu einer Gesamtdose von 27,5 bzw. 17,25 Arthigon gelangten, während die beiden anderen Patientinnen nur bis 3,0 pro dosi und bis zur Gesamtmenge von 8 bzw. 10,5 Arthigon behandelt werden konnten. Es ist also wohl möglich, daß auch diese bisher unbefriedigt

verlaufenen Fälle bei der nötigen Ausdauer zur Heilung hätten gebracht werden können.

Nebenerscheinungen außer den gewünschten Temperaturanstiegen oder irgendwelche Schädigungen wurden nie beobachtet.

Wenn S. also auch nicht den optimistischen Standpunkt mancher amerikanischen Autoren teilt, so glaubt doch auch er nach seinen Erfahrungen, daß die Gonokokkenvakzintherapie die Vulvovaginitis kleiner Mädchen spezifisch zu beeinflussen und zu heilen imstande ist, und zwar mit bedeutend größerer Sicherheit und Schnelligkeit, als dies jede andere Heilmethode zu leisten vermag. Es sollte daher in jedem Falle die völlig unschädliche Behandlung mit Gonokokkenvakzin eventuell neben den Lokalprozeduren Anwendung finden.

Grätzer.

Marie Raskin, Eine neue einzeitige Doppelfärbungsmethode für die Polkörperchen der Diphtheriebazillen. (Aus dem Kaiserl. Klin. Institut der Großfürstin Helene Paulowna in St. Petersburg.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 51.) R. ist es gelungen, ein Verfahren zu finden, das allen anderen, wegen der Einfachheit und Schnelligkeit der Ausführung und Sicherheit der Resultate, weit überlegen ist.

Indem alle gebräuchlichen Färbungsmethoden sich aus mindestens vier Akten zusammenstellen (Färben in der Hauptfarbe, Abspülen in Wasser, Nachbehandlung mit der Kontrastfarbe, Abspülen in Wasser), beschränkt sich das Verfahren auf nur zwei, da R. die beiden Farbstoffe in einer Mischung zusammenfaßt.

Die Farbstoffmischung besteht aus:

5 ccm Acidum aceticum glaciale,
95 ccm destilliertes Wasser,
100 ccm 95%igem Alkohol,
4 ccm einer alten gesättigten wäßrigen Methylenblaulösung,
4 ccm Zielscher Karbol-Fuchsinlösung.

Die Mischung wird in dünner Schicht auf das Objektträgerpräparat aufgetröpfelt und letzteres über die Flamme gezogen, was ein Aufflammen des in der Mischung enthaltenen Alkohols zur Folge hat. Nach Abbrennen des Alkohols, das schon nach 8—10 Sekunden geschieht, wird das Präparat nach Verlauf von etwa 5—6 Sekunden in Wasser abgespült, getrocknet und untersucht. Die Polkörperchen erscheinen tiefblau, die Stäbchen selbst hellrot gefärbt, weshalb auch die Form und Struktur der Bazillenleiber so unübertrefflich gut zutage tritt, wie bei keiner anderen Methode. Auch in bunten Gemischen mit überwiegend vielen anderen Bakterien sind selbst einzelne Diphtheriebazillen leicht und unzweideutig zu erkennen.

Das ganze Verfahren nimmt nicht mehr als 20—25 Sekunden in Anspruch. Die Farbstoffmischung ist unbegrenzt lang haltbar und also jederzeit zum Gebrauch fertig.

Grätzer.

C. Hamburger (Berlin), Operative Heilung eines abgerissenen Augenlides. (Berlin. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 50.) Das Kind wurde mit fast völlig abgerissenem Oberlid des rechten Auges gebracht, das Lid hing mit dem Körper nur noch an der

Schläfenseite durch eine schmale, 1 mm breite Hautbrücke zusammen. Wie die Verletzung zustande gekommen, ist nicht genau bekannt, niemand war zugegen, das Kind selbst, erst 4 Jahre alt, hat keine bestimmte Angabe gemacht. Vermutlich ist es auf die scharfe vorstehende Blechkante eines Gasometers gefallen. Der sofort zugezogene Arzt tat das einzig Richtige, was in solchen Situationen zu tun ist: er verband das Auge und schickte es in die Klinik. Das Oberlid war in seiner ganzen Breite, von der Karunkel angefangen, abgetrennt, das Unterlid von oben nach unten etwa 3 mm tief eingerissen, das Auge selbst unverletzt.

Da ein Auge ohne Oberlid unbedingt zugrunde geht, mußte versucht werden, das Lid sogleich wieder anzunähen; jede Verzögerung mußte die Gefahr, daß der schlecht ernährte Lappen absterben werde, nur vergrößern.

Das Lid ist in ganzer Breite angeheilt, es hat sich aber durch narbige Schrumpfung ein schwerstes Ektropium entwickelt. Das Oberlid ist völlig umgestülpt, wie wenn es zur Enfernung eines Fremdkörpers ektropioniert wäre, der rote Schleimhautwulst verdeckt die Hornhaut, das Auge ist vom Sehakt fast ganz ausgeschlossen.

Es liegt auf der Hand, daß ein Mensch in diesem Zustand sozial und gesellschaftlich unmöglich ist, besonders ein Mädchen, es mußte daher die Beseitigung dieser häßlichen Entstellung versucht werden.

Die Schleimhautseite war zu lang, die Hautseite zu kurz; die erstere mußte demnach verkürzt, die letztgenannte verlängert werden. Erreicht wurde dies dadurch, daß das Lid vom Lidrande aus in ganzer Breite, von rechts nach links, in zwei Blätter gespalten wurde, so daß Schleimhautblatt und Hautblatt durch eine tiefe Tasche von einander getrennt waren. Die Schleimhaut wurde in großer Ausdehnung abgetragen, der Defekt von rechts nach links vernäht; hierdurch war die Innenseite des Lides in erwünschter Weise verkürzt; die Außenseite wurde verlängert durch horizontale Inzision (nicht Exzision!, es mußte mit jedem Millimeter gespart werden) der Hautnarbe; das Lid wurde in diesem Bereich von oben nach unten auseinandergezogen und von rechts nach links vernäht, wodurch die entsprechende Verlängerung eintrat. Zwei Eingriffe waren erforderlich. Von einer Entstellung ist keine Rede mehr. Auch ist hervorzuheben, daß die Beweglichkeit des Lides eine durchaus normale geworden ist, ein erfreulicher Ausgang, da alle Muskeln und Nerven des Oberlides durchtrennt waren bis auf eine kleine Hautbrücke am Schläfenrand.

Grätzer.

Robert Asch (Breslau), Frühreifer Scheinzwitter. (Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 52.) Das fast 9jährige Mädchen stammt von gesunden Eltern, armen Feldarbeitern in entlegener Gegend, und soll eine Anzahl völlig normaler Geschwister haben. Es zeigt eine Reihe auffallender und interessanter Erscheinungen, die einzeln recht selten sind, in diesem Zusammenhang aber wohl nur ganz einzig vorkommen dürften.

Das Alter des Kindes, das, oberflächlich betrachtet, den Eindruck eines älteren Zwerges vortäuschen könnte, ist zunächst durch

Geburtsurkunde und Taufzeugnis nachgewiesen. Es ist geboren am 27. Dezember 1902.

Weiterhin spricht dagegen, daß es ein älterer Zwerg ist, die Zunahme der Größe seit Januar d. J. um mindestens 1 ccm (121 cm ohne Strümpfe und Schuhe gegen 120 cm Größe ohne Angabe, ob barfuß gemessen). Das Gewicht beträgt jetzt 31,400 kg (leider sind bei früheren Untersuchungen keine Angaben über das Gewicht gemacht worden).

Viel mehr noch wird das Kindesalter erwiesen durch die attestierte Beobachtung eines Zahnarztes, der Ende März 1911 noch zwei wohlerhaltene Milchzähne und einige Milchzahnreste konstatierte.

Ist so das jugendliche Alter des Individuums unzweifelhaft, so gewinnen andere Erscheinungen, die auf eine außerordentlich frühreife Entwicklung schließen lassen, an Wert.

Das Auffallendste an dem Kind, ein ausgeprägter Vollbart und schmaler Lippenbart, dürfte hierfür nicht ins Gewicht fallen; der Bartwuchs soll sich im 3. Lebensjahr zuerst gezeigt haben und dürfte als eine Hypertrichosis gedeutet werden, die als Hemmungsbildung keine Schlüsse auf die Entwicklung zuläßt. Diese Hypertrichosis findet sich auch am übrigen Körper mehr oder weniger ausgesprochen.

Der Kehlkopf des Kindes weist eine weit über das Alter des Kindes hinausgehende Entwicklung auf. Er hat die Charakteristica des Kehlkopfs eines Erwachsenen, und zwar die eines Mannes jenseits des Stimmbruches. Dieser Entwicklungsstufe entspricht auch die sehr tiefe Stimme des Mädchens.

Neben diesem durchaus männlichen Charakter des Kehlkopfes finden sich noch andere männliche sekundäre Geschlechtscharaktere, die bei dem kindlichen Alter weniger ausgesprochen sind. Die flachen Mammae könnten auch bei einem Mädchen vorkommen, sind aber immerhin auffallend bei der anderweitig so weit fortgeschrittenen Entwicklung der Kleinen, und deshalb wohl als männlich zu deuten.

Die Muskulatur ist ungemein stark und kräftig entwickelt: Ein solcher Biceps und Deltoideus, so kräftige Streckmuskulatur des Oberschenkels dürften bei einem Jungen gleichen Alters kaum beobachtet werden.

Der Knochenbau ist nicht der eines Kindes, wenn auch eine Rachitis nicht ohne Einfluß auf die Form geblieben ist. Die Epiphysen sind zum Teil verknöchert; man sieht das an dem Skiagramm der Hand. Man vergleiche damit das Bild aus Kollmanns Handatlas eines über 10jährigen Knaben. Während dort noch deutliche Knorpelstreifen die Epiphysen der Metacarpalia von den Diaphysen trennen, ist hier nichts mehr davon vorhanden.

Am Oberarm, der von ganz auffallender Kürze ist, findet sich (im Röntgenbilde) ein Vorsprung, über dessen Deutung als Exostose oder Muskelcrista man vielleicht zweifelhaft sein könnte; immerhin entspricht er dem Ansatz des Deltoideus. Die kurzen Oberarme und langen Unterarme bilden zusammen ein Zeichen von Degeneration. Die ausgeprägte Lordose ist wiederum kindlich.

Am meisten Interesse beanspruchen die Genitalien. Zunächst fallen die ungemein stark entwickelten Pubes auf, die nicht als Teilerscheinung der Hypertrichosis zu deuten sind. Sie tragen weiblichen Charakter in der oberen Begrenzungslinie. Die Haare am unteren Bauch rühren von der Hypertrichosis her. Bei männlichen Pubes findet man die dreieckig-zipfelförmige Fortsetzung längs der Linea alba.

Die äußeren Genitalien zeigen nun das Bild des Pseudohermaphroditismus.

Zunächst fällt die Clitoris peniformis ins Auge mit deutlicher Rinne, ähnlich wie bei einem Hypospadiacus; die Urethralmündung liegt an normaler Stelle einer vollkommen normal gebildeten Vulva; Hymen und Fenulum labiorum sind deutlich ausgebildet; Labia minora umschließen den Eingang zu einer etwa 7—8 cm langen kindlichen Vagina.

Die großen Labien sind nicht besonders ausgeprägt, aber deutlich vorhanden; sie zeigen keine Spur von Cremasterreflex oder Querfältelung. Aus der Vagina kommt dünnflüssiger, etwas zäher, glasiger Schleim; von Zeit zu Zeit, etwa in halbjähriger Pause, soll die Absonderung blutigen Charakter annehmen; bei der Frühreife des Kindes wäre diese Andeutung einer Menstruation kaum mehr als Praecox aufzufassen.

So sehen wir das Bild weiblicher Genitalien mit einzelnen männlichen Abweichungen, also einen Pseudohermaphroditismus masculinus. Die männlich-sekundären Geschlechtscharaktere lassen das Vorhandensein eines echten Hermaphroditismus dabei vermuten. Die rektale Untersuchung läßt aber weder Ovarien noch Testes finden. Auch ein Uterus ist nicht mit Sicherheit zu tasten. Echter Hermaphroditismus läßt sich ja meist nur mikroskopisch post mortem oder gelegentlich einer Operation nachweisen; zu einer solchen liegt hier absolut kein Anlaß vor; eine Änderung der Matrikel ist trotz der männlichen sekundären Sexualcharaktere nicht zu beantragen. Eine mikroskopische Untersuchung eines Ejakulats oder des Menstrualblutes hat sich bisher noch nicht ermöglichen lassen.

Die geistige Entwicklung des Kindes war bis vor kurzem eine geringe, entsprach aber seiner Herkunft als Kind armer Feldarbeiter in einem kleinen abgelegenen Dorfe der Provinz Posen. Unter dem Einfluß von Privatunterricht haben sich die geistigen Fähigkeiten schnell zu etwa normalen, dem Alter entsprechenden, entwickelt. Die Neigungen sind trotz einer ursprünglichen Wildheit und eines gewissen Eigensinns durchaus weiblich im Spiel (Puppen) und häuslicher Beschäftigung. Sexuelle Bevorzugungen sind noch nicht mit Sicherheit festzustellen. Grätzer.

M. Crohn (Halberstadt), Die Behandlung postdiphtherischer Lähmungen durch Heilserum. (Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 2.) Angeregt durch eine Arbeit von Kohts, hat C. in drei Fällen postdiphtherischer Lähmungen eine erneute Injektion von Heilserum vorgenommen und damit ausgezeichnete Erfolge erzielt.

Besonders möchte C. auf die kleinen Dosen (höchstens 2000 I.E. des Höchster Serums) aufmerksam machen und auf die großen Wirkungen, die damit ausgelöst werden. Kohts, der nach dem Vorgang französischer Ärzte ganz ungewöhnlich große Mengen Heilserum injizierte (alle 2 Tage V.D., im ganzen 25000—35000 Immunitätseinheiten in jedem Fall) und daneben reichlich Strychnin subkutan in Dosen von 3—6 dmg gab, hat seine Fälle auch nicht schneller heilen sehen, als C. nach einmaliger kleiner Gabe. In C.s Fällen setzte stes nach der ersten Injektion ein prompter und stetiger Rückgang aller Lähmungen ein.

Man muß hiernach annehmen, daß durch die eine Injektion alles Diphtheriegift (mag es nun in versteckten Bazillen oder in noch weiter wirkenden Toxinen bestehen) abgetötet und im Fortschreiten der Nervenschädigungen mit einem Schlage unmöglich gemacht wurde.

Nach C.s Erfahrungen besteht keine Notwendigkeit, noch weitere Serummengen einzuverleiben, sobald man einen Stillstand im Fortschreiten der Lähmungen oder gar eine leichte Besserung derselben feststellen kann. Die anatomische Nervenläsion braucht eben eine gewisse Zeit zur Reparatur. Dazu kann aber das Antitoxin nichts beitragen, vielmehr nur die toxische Ursache der Nervenläsion bekämpfen. Der beginnende Rückgang der Lähmungen ist für C. der klinische Beweis, daß die Toxine aufgehört haben, den Nerven zu schädigen, und damit wird eine weitere Anwendung von Antitoxin hinfällig.

Eher könnte man daran denken, den Körper durch Strychnin oder überhaupt durch roborierende Mittel in der Wiederherstellung beschädigter Nervenzellen zu unterstützen. Doch hat C. bei seinen Fällen fast ganz darauf verzichten können, weil die Heilung Schlag auf Schlag erfolgte.

Erscheinungen von Serumkrankheit hat C. in keinem Falle gesehen. **Grätzer.**

Jenny Perlmann, Heißluftbehandlung der Ekzeme im Säuglingsalter. (Aus der Straßburger Säuglingsheilstätte.) (Ebenda.) P. hat die heiße Luft bei verschiedenartigen Ekzemen im Säuglingsalter an der Säuglingsheilstätte angewandt, dabei die Diät natürlich nicht außer acht gelassen. Meistens waren es Kinder, die monatelang vorher mit Ölabreibung, Zinkpasten erfolglos behandelt wurden, die körperlich stark herunterkamen, ihre große Unruhe durch Schreien, Reiben des Kopfes oder Körpers gegen die Unterlagen zeigten, unruhige Temperaturen aufwiesen und die Geduld des Arztes und der Pflegerinnen auf die härteste Probe stellten. Schon wenige Sitzungen genügten, um durch die Anwendung der heißen Luft die heftige Unruhe, den Juckreiz zu bannen. Im Laufe der Behandlung stellten sich Gewichtszunahmen und Monothermien ein, und selbst die hartnäckigsten Ekzeme heilten in verhältnismäßig kurzer Zeit ab. Vor allem wurden geradezu glänzende Erfolge bei nässenden Ekzemen erzielt, wobei die austrocknenden Momente eine wichtige Rolle spielten, aber auch bei dem Stadium papulosum, squamosum, vesi-

culosum waren die Erfolge gut, wenn es auch längerer Behandlung bedurfte. Ein besonderes Wort möchte P. der Behandlung der Furunkulosis mit heißer Luft reden: zahlreiche Furunkel schrumpften sichtlich unter der Anwendung der heißen Luft und verschwanden dann spontan, andere, bei denen eine Inzision indiziert war, bedurften gar nicht der Tamponade oder Verbände, sondern trockneten nach sofortiger Applikation der heißen Luft rasch ein und vernarbten innerhalb weniger Tage. Eine Verbreitung der Infektionserreger und Aussaat neuer Furunkel wurde dadurch zum größten Teil vermieden.

Zur Anwendung kam ein Heißluftapparat aus Nickel, im medizinischen Warenhause Thamm, Berlin NW., Karlsstr. 14, für 20 Mk. erworben, der sehr handlich ist und sich leicht auf die ekzematösen Körperstellen applizieren läßt. Die Stärke der ausgestoßenen Luft ließ sich am Asbestzylinder mühelos regulieren. Eine tägliche Sitzung von 5—10 Minuten genügte meistens. Im Laufe des Tages werden die mit Ekzem behafteten Körperstellen mit Olivenöl abgerieben.

Im ganzen hat P. bis jetzt die heiße Luft im Laufe des halben Jahres bei 35 Säuglingen angewandt. Grätzer.

Eduard Müller, Über die bulbäre Form der epidemischen Kinderlähmung. (Aus der medizinischen Poliklinik in Marburg.) (Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 4.) Unter den vielgestaltigen Erscheinungsweisen jener akuten spezifischen Infektionskrankheit, die wir nach ihrem praktisch wichtigsten Endprodukt als „spinale Kinderlähmung" zu bezeichnen pflegen, gibt es verkappte Formen, deren ätiologische Beziehungen zum Erreger der Poliomyelitis leicht übersehen werden. Auf Grund verschiedener klinischer Bilder diagnostiziert man verschiedene Krankheiten statt verschiedener Lokalisationen eines gleichen infektiösen Prozesses. Dies gilt besonders für reinere Fälle von bulbärer Kinderlähmung. Hier kann z. B. eine akut einsetzende Fazialislähmung das einzig greifbare Symptom der epidemischen Poliomyelitis sein. Solche Fälle deutet man gerne als Encephalitis pontis oder gar als rheumatische Paralysen und man denkt zunächst gar nicht an eine Spielart der Poliomyelitis. M. möchte deshalb an der Hand von Erfahrungen, die er bei der letzten Epidemie gesammelt hat, einiges über die frische bulbäre Kinderlähmung berichten:

Das Vorkommen einer bulbären Form können wir experimentell beim Affen, sowie epidemiologisch, klinisch und autoptisch beim Menschen beweisen. Beim Affen kommt es nach intrazerebraler Virusverimpfung gewöhnlich zu akut aufsteigenden Paralysen mit späterer Atemlähmung. In einzelnen Fällen stehen jedoch Hirnnervenparesen im Vordergrund. Sie sind, wenigstens zum Teil, als bulbäre und sogar als Kernlähmungen erwiesen. Meist sind es genau wie beim Menschen Fazialisparalysen. Beim Menschen liegt der epidemiologische Beweis darin, daß sich dort, wo die epidemische Kinderlähmung als Seuche grassiert, auch die sonst so seltenen Fälle von akut-infektiöser Bulbärparalyse des Kindesalters zu häufen pflegen. Sicherer als der epidemiologische ist allerdings der autoptische und

klinische Beweis. Schwere frische Poliomyelitiden gehen geradezu regelmäßig mit anatomischer, wenn auch nicht immer mit klinischer Bulbärbeteiligung einher, und die bekannten auf- und absteigenden Landryschen Formen, vor allem aber die Erbschen Fälle von Polyomyelitis anterior acuta superior bilden fließende Übergänge zwischen spinaler und bulbärer Kinderlähmung.

Überaus einfach ist natürlich die Deutung der Bulbärlähmung überall da, wo sie sich mit klassischen spinalen Paralysen von vornherein vergesellschaftet. Schwierig wird die Sachlage erst dann, wenn die Bulbärformen — M. rechnet hierzu auch die pontinen Fälle — gewissermaßen ein selbständiges, primäres Krankheitsbild darstellen. Gewöhnlich beginnt hier das Leiden mit einseitigen Fazialislähmungen, die sich unter den vielfältigen febrilen Vorläufererscheinungen der epidemischen Poliomyelitis entwickeln und meist, aber keineswegs immer, den Stirnast mitbefallen. Der Fazialis ist überhaupt unter den Hirnnerven am meisten gefährdet. Unter 165 frischen Poliomyelitisfällen der Poliklinik war der Fazialis 21 mal beteiligt. Das ist vielleicht noch eine Mindestzahl. Hirnnerven- und Bulbärlähmungen der Poliomyelitis finden sich nämlich ganz allgemein um so häufiger, je frühzeitiger und genauer man die Fälle untersucht. Oft sind sie recht flüchtiger und leichter Art. Auch gröbere Störungen geben eine leidlich günstige Prognose, so daß sie im Reparationsstadium vielfach schon verschwunden sind. Solchen akutinfektiösen Fazialislähmungen liegen, wie auch Wickmann sagt, gewöhnlich Brückenläsionen, also eine Enzephalitis oder auch Polioencephalitis pontis zugrunde. Dies bewies, abgesehen von dem gewöhnlich nukleoperipherischen Lähmungstypus, ein lehrreicher Poliomyelitisfall mit akutem Einsetzen der für Brückenläsionen so typischen Hemiplegia alternans inferior. Nur selten erschöpfte sich das Leiden in diesen Fazialislähmungen. Meist traten noch andere bulbäre und schließlich auch spinale Symptome hinzu. Es kommt vor allem zu Paresen der äußeren Augenmuskulatur, auch des Hypoglossus und motorischen Trigeminus, ferner zu Sprach- und Schlingstörungen, selbst zu einseitigen Gaumenlähmungen usw. Der Exitus wird in solchen Bulbärfällen mit spinalwärts absteigendem Typus, ebenso wie bei der aufsteigenden Landryschen Form, meist — aber nicht ganz richtig — durch das primär-bulbäre Versagen des Atemzentrums erklärt. Streng genommen ist der Tod wohl meist die direkte Folge der Rückenmarkserkrankung. Zu Interkostalmuskellähmungen treten bei hoher Halsmarksläsion noch Paralysen der Atemhilfsmuskulatur am Halse und schließlich tödliche Phrenikuslähmungen. Die zunächst einseitige Zwerchfellähmung war bei einem Kinde mit Landryscher Form im Röntgenbild genau zu sehen. Trotz der dubiösen Prognose der spinalwärts fortschreitenden Bulbärform können jedoch selbst verzweifelte Fälle wider jedes Erwarten geradezu restlos abheilen. Anfang April d. J. wurde ein schwerkrankes, benommenes, zyanotisches Kind mit schwerster bulbospinaler Poliomyelitis in die Poliklinik gebracht. Neben rechtsseitiger Fazialislähmung mit Schlingstörung fand sich eine totale schlaffe Paralyse aller Extremitäten (nur die Arme waren distal noch etwas beweglich), ferner Paralysen der Bauch-

und Halsmuskulatur — jedoch gute Zwerchfellfunktion —, und endlich Soor der Mundhöhle und ausgebreitete Bronchitis. Die Eltern nahmen das scheinbar moribunde Kind wieder in die Heimat mit. 6 Wochen später erhielt M. die Nachricht, daß das Kind bis auf einen Mangel an körperlicher Ausdauer vollkommen wieder hergestellt sei. Eine solche rasche Rückbildung schwerster, wenn auch nicht so ausgebreiteter Paralysen hat M. bei der letzten Epidemie vielfach, aber nur bei kleinen Kindern beobachtet.

Wie soll man nun reinere Formen bulbärer Kinderlähmung, z. B. die Spielart der „Encephalitis pontis" diagnostizieren? Bei sporadischem Vorkommen mag dies selbst autoptisch schwierig sein. Man muß dann wohl das Zentralnervensystem auch mikroskopisch auf die typischen „Neuronophagien" und die Herde der disseminierten infiltrativen Myelitis absuchen und im Zweifelsfall das Tierexperiment oder gar die Serodiagnose zur ätiologischen Klärung heranziehen. Durch Verimpfung ganz frischer oder in Glyzerin gehaltener Partikel aus verschiedenen Abschnitten des Zentralnervensystems läßt sich unter Umständen eine beweisende Affenpoliomyelitis erzielen. Die Serodiagnose, d. h. der Nachweis spezifischer Antikörper im Blutserum, ist allerdings vorläufig noch recht schwierig, zeitraubend und teuer und zunächst wohl nur für einzelne Laboratorien geeignet. Immerhin steht fest, daß die gleichen spezifischen Antikörper wie bei epidemischen auch bei sporadischen Fällen sich finden. Bei epidemischer Kinderlähmung, wo man — auch in Bulbärfällen — von vornherein mit der Möglichkeit einer verkappten Poliomyelitis rechnet, sind die diagnostischen Schwierigkeiten geringer. Akut entzündliche Fazialislähmungen sind im frühen Kindesalter, falls Ohrerkrankungen fehlen, doch sehr selten. Hat man dann keine andere ursächlich bedeutsame Infektionskrankheit, z. B. Scharlach und Diphtherie, hat man typische Initialerscheinungen der Poliomyelitisinfektion oder gar noch, wie wir beobachten konnten, einen Kontakt der Fälle mit anderen spinalen, so wird die Wahrscheinlichkeit einer bulbären oder pontinen Kinderlähmung immer größer. Die wichtigsten Kardinalerscheinungen des fieberhaften Vorstadiums der Kinderlähmung, die so typische Überempfindlichkeit und die Schweiße, hat M., wenn auch nicht regelmäßig und immer vereint, auch in den bulbären Fällen gefunden. Diese Hyperästhesie pflegt sehr frühzeitig einzusetzen und bald wieder zu verschwinden. Die Häufigkeit und Bedeutung dieser Kardinalerscheinung erkennt man deshalb erst dann, wenn man die Fälle noch im Fieberstadium untersucht oder später wenigstens sehr sorgfältige Anamnesen macht. Massenstatistiken von Fällen, die man selbst nicht gesehen hat, führen deshalb leicht zu fehlerhaften Ergebnissen. Die Hyperästhesie bei freiem Sensorium (im Gegensatz zur meningitischen) ist bei den kleinen Patienten so charakteristisch, daß sie wiederholt schon vor Lähmungsbeginn richtige Frühdiagnosen erlaubt hat. Ist die Hyperästhesie allerdings umschrieben (es kommt dies vor allem bei beginnenden spinalen Fällen vor), so kann sie andererseits zu schwerwiegenden Fehldiagnosen verleiten. Ein kleines Mädchen wurde z. B. wegen akuter Appendizitis zur Poliklinik gebracht. Es litt an den initialen Darmsymptomen der epidemischen

Kinderlähmung mit einer Hyperästhesie, die namentlich in der rechten Unterbauchgegend ausgeprägt war. Die gleichzeitige schlaffe Beinparese hat M., ebenso wie der Hausarzt, bei dem kleinen schwerkranken Kinde zunächst übersehen. In einem anderen Falle kam ein Kind wegen Schultergelenksluxation. Es war eine akute Poliomyelitis mit Hyperästhesie in der Schultergegend und beginnender Schulterlähmung.

Meist läßt sich bei Bulbärfällen die Infektion mit dem Virus der Kinderlähmung auch daran erkennen, daß sich bei eingehender Kontrolle auch objektiv noch diese oder jene Kennzeichen einer gleichzeitigen leichten Rückenmarksaffektion feststellen lassen, z. B. in Form des Verlustes von Sehnenreflexen sowie umschriebener Hypotonien und Schwächezustände der Extremitätenmuskulatur. Wir haben dann einen weiteren Beweis dafür, daß die bulbäre Kinderlähmung wohl kaum mit anatomischer Beschränkung des Prozesses auf die Bulbärgebiete einhergeht.

Grätzer.

J. Dreyfuß (Kaiserslautern), Serumtod infolge von Anaphylaxie? (Ebenda.) Lenzmann hat auf die Gefahren aufmerksam gemacht, die mit der wiederholten Anwendung von Serum der gleichen Tierart bei Menschen verbunden sein können, und zwei Fälle mitgeteilt, wo er selbst diesbezügliche üble Erfahrungen gemacht hat.

Beide Fälle werden von Lenzmann als schwere Serumkrankheit, als Vergiftung mit Anaphylatoxin, gedeutet. Er gibt Mittel und Wege an, wie man, wenn man in die Zwangslage kommt, einem Menschen zum zweiten Mal Serum der gleichen Tierart einspritzen zu müssen, die Gefahr vermeiden kann. Dabei empfiehlt er vor allem, bei der zweiten Einspritzung nicht intravenös, sondern nur subkutan vorzugehen, und er ist der Meinung, daß die sekundäre Serumkrankheit bei nicht intravenöser Applikation kaum Gefahren mit sich bringt.

Diese letztere Meinung gibt D. Anlaß, auf einen Fall zurückzukommen, der ihm vor 4 Jahren begegnete — in einer Zeit, wo die Tatsachen der Überempfindlichkeit noch nicht so bekannt waren —, wo bei subkutanem Vorgehen der Tod des Patienten herbeigeführt wurde.

Am 24. Februar 1907 machte D. einem kräftigen Knaben von 7 Jahren eine Einspritzung von Diphtherieserum Nr. III wegen mäßig hochgradiger Diphtherie. Der Knabe hatte 6 Wochen vorher Masern und unmittelbar vor der Diphtherie Wasserpocken durchgemacht, war aber kräftig, gut aussehend und subjektiv munter. Er hatte außerdem etwa 1 Jahr vorher, als die Mutter an Diphtherie erkrankt war, prophylaktisch eine Einspritzung von 150 I.-E. Höchster Diphtherieheilserum bekommen. Die neue Einspritzung wurde am Oberarm gemacht und verlief zunächst ohne Zwischenfall. Etwa $1^1/_2$ bis 2 Minuten nach der Einspritzung begann das Kind über Jucken an den Beinen und am Leibe zu klagen. Dieses Jucken nahm schnell so zu, daß das Kind jammerte. Dann erfolgte rasch hintereinander Erbrechen, klonische Krämpfe der Arme und Beine, Pulslosigkeit an der Radialis, Weite und Reaktionslosigkeit der Pupillen, Bewußt-

losigkeit. Vom Beginn des Juckens bis hierher vergingen wiederum etwa 2 Minuten, sodann erfolgte noch ungefähr 20 Minuten langsames, trotz künstlicher Atmung lang und oft aussetzendes, stertoröses Atmen, wobei der Puls an der Karotis fühlbar blieb, und dann der Tod. Sektion wurde leider nicht gestattet.

Das Serum unterschied sich in seinem Aussehen nicht von dem gewöhnlichen Aussehen. Die Höchster Farbwerke fanden bei der Untersuchung nichts Besonderes und gaben an, von der betreffenden Kontrollnummer seien etwa 3000 Gläschen abgefüllt worden, ohne daß sonst ein Unglücksfall damit gemeldet worden wäre.

Seit dem Unglücksfall sind 4 Jahre verflossen. D. ist zu der Überzeugung gekommen, daß es sich nur um einen Fall von Überempfindlichkeit gehandelt haben kann. Es liegt natürlich nahe, an plötzlichen Herztod zu denken, wie er bei Diphtherie auch schon vor der Serumzeit nicht selten vorkam. Jedoch war dazu der Tod zu sehr von Vergiftungssymptomen begleitet. Es war auch an die Möglichkeit zu denken, daß bei Einführung der Nadel Luft in eine Vene eingedrungen sein könnte. Jedoch war dem entgegenzuhalten, daß das Serum nach der Einspritzung unter der Haut als Knäuel zu fühlen war, und daß nach dem Herausziehen der Nadel ein Rinnsal von Serum aus der Stichöffnung wieder herausfloß, daß also eine Vene nicht angestochen sein konnte. Vor allem war aber das Krankheitsbild ein ausgesprochen toxisches (Hautjucken, Erbrechen, Krämpfe). Da nun nach der Mitteilung der Höchster Farbwerke das Serum an sich nichts Auffallendes darbot, aber mit höchster Wahrscheinlichkeit ein Vergiftungstod vorlag, da ferner der Knabe ein Jahr vorher eine kleine Menge Diphtherieheilserum empfangen hatte, so glaubt D. berechtigt zu sein, diesen Fall als eine Folge von Serumüberempfindlichkeit, die infolge der ersten, ein Jahr vorher stattgehabten Einspritzung entstanden war, ansprechen zu dürfen.

D. hat seitdem viele Einspritzungen mit Diphtherieheilserum gemacht und ist natürlich weit entfernt davon, die Anwendung des segensreichen Mittels zu widerraten. Er hat aber seitdem immer vermieden, eine Einspritzung bei solchen Patienten zu machen, die früher schon einmal Heilserum empfangen hatten.

Lenzmann macht den außerordentlich einleuchtenden Vorschlag, für solche Fälle Heilserum von anderen Tieren herzustellen. Er sagt: „Wenn ein Patient einmal Pferdeserum bekommen hat, dann dürfen wir ihm selbstverständlich Serum einer anderen Tierart ruhig einspritzen, denn er ist ja nur überempfindlich gegen Pferdeeiweiß.“ Er bezweifelt aber, ob dieser Vorschlag zur Verwirklichung gelangen kann, weil andere Tierarten nicht die ergiebigen Blutspender sind, wie das Pferd.

D. möchte nun betonen, daß er, ob die Verwirklichung des Lenzmannschen Vorschlags leicht ist oder nicht, es unter allen Umständen für unbedingt nötig hält, für Fälle, wo Menschen früher bereits Pferdeserum einverleibt bekommen haben, und wo wir gezwungen sind, ihnen zu Heilzwecken erneut Serum einzuspritzen, Serum einer anderen Tierart zur Verfügung zu haben. Die Verwirklichung des Vorschlags

scheint nicht einmal so schwierig, weil wir ja dazu keine so ergiebigen Blutspender wie das Pferd brauchen. Wir brauchen ja das Serum anderer Tierarten nur für Ausnahmefälle und wir haben deshalb im Verhältnis zu der Gesamtmenge des verwendeten Serums nur eine geringe Quantität nötig. Für diese Fälle dürfte auch der Serumertrag von anderen Tieren genügen.

Die Durchführung dieses Vorschlages wird nur dazu dienen, die Anwendung des Diphtherieheilserums und anderer Sera auch in Wiederholungsfällen schwerer Bedenken zu entkleiden. Grätzer.

A. Czerny, Beitrag zur Lebertrantherapie. (Aus der Kinderklinik der Universität Straßburg.) (Therapie der Gegenwart. Februar 1912.) Aus der Arbeit sei folgender Abschnitt wiedergegeben:

„Wenn wir den Begriff Skrofulose heute noch aufrechthalten wollen, so können wir damit nur die Kombination von Tuberkulose mit exsudativer Diathese verstehen. Die Tuberkulose beeinflußt die letzte sehr ungünstig. Die Krankheitssymptome der exsudativen Diathese an der Haut und an den Schleimhäuten erreichen dabei leicht die schwersten Grade. Ich habe gezeigt, daß man durch Ernährungstherapie die Symptome der exsudativen Diathese zum Schwinden bringen kann, während die Tuberkulose übrig bleibt. Daraus geht mit aller Deutlichkeit hervor, daß der Symptomenkomplex, den man früher Skrofulose nannte, nur eine Kombination der genannten pathologischen Zustände darstellt. Auf der Naturforscherversammlung in Salzburg habe ich schon darauf hingewiesen, daß jeder bei uns in der Kinderklinik die Tuberkulosestation besuchen und sich überzeugen kann, daß trotz des jetzt schon reichlichen Materials nichts von Skrofulose zu sehen ist. Wir haben aber im Laufe der Jahre eine Erfahrung gemacht, welche mir mitteilenswert erscheint.

Alle Kinder auf der Tuberkulosestation bekommen bei uns Lebertran. Ein Kollege, welcher die Station besuchte, fand jedoch die Dosis sehr klein und meinte, daß er in schweren Fällen von Tuberkulose mit größeren Dosen von Lebertran einen noch günstigeren Verlauf der Tuberkulose gesehen habe. Wir wollten uns davon überzeugen und gaben nun den Kindern so viel Lebertran, als sie ohne nachweisbare Störungen vertrugen. Dabei ergab sich die interessante Beobachtung, daß einzelne Kinder bis zu 80 g Lebertran pro die anstandslos aufnahmen. An den Körpergewichtskurven der Kinder machte sich diese Periode extremer Lebertranfütterung nicht augenfällig geltend. Ohne Kommentar wäre niemand imstande gewesen, an den Körpergewichtskurven diese Periode zu erkennen. Aber ein anderer Umstand charakterisierte diese Versuchsperiode. Ein Kind nach dem andern bekam Gesichts- und Kopfekzem und nach wenigen Wochen war die Tuberkulosestation die schönste Skrofulosestation. Daraufhin wurde die Lebertranverabreichung sistiert. Nach wenigen Wochen verschwand die Skrofulose und wir haben in den folgenden Jahren nie wieder eine gleiche Erfahrung gemacht. Daß das Milchfett, wenn es im Übermaß gegeben wird, einen ungünstigen Einfluß auf die Symptome der exsudativen Diathese bei Säuglingen ausübt, ist

genügend bekannt. Unsere angeführte Erfahrung beweist aber, daß man auch bei älteren Kindern durch extreme Fetternährung Symptome dieser Diathese provozieren kann.

Bei einer Kombination von Tuberkulose mit exsudativer Diathese sind wir nach den angeführten Beobachtungen genötigt, den Fettgehalt der Nahrung vorsichtig zu dosieren. Die erstere läßt möglichst viel Fett in der Nahrung indiziert erscheinen, die letztere fordert eine Einschränkung. Bei einer im übrigen fettarmen Nahrung kann dabei der Lebertran in Mengen bis zu zwei Eßlöffel pro die Verwendung finden.“ Grätzer.

H. Finkelstein, Zur Indikation und Technik der Behandlung des Säuglingsekzems mit molkenarmer Milch. (Therap. Monatshefte. Januar 1912.) Vor einigen Jahren hat F. eine Ernährungsmethode zur Behandlung des Säuglingsekzems angegeben, die seitdem unter der Bezeichnung als „Ekzemsuppe“ oder „entsalzte Milch“ hier und da auch von anderen angewendet wurde. Der Grundgedanke dieser Methode besteht darin, daß den Kranken eine möglichst molken- bzw. salzfreie Nahrung gegeben werden soll, während gleichzeitig ein reichliches Angebot von Eiweiß, Fett und Kohlehydrat stattfindet.

Zu diesem Zwecke wird die Milch in der Hauptsache nach der für die Herstellung der Eiweißmilch angegebenen Vorschrift behandelt. Eine dem Alter der Kinder entsprechende, aber besonders reichlich zu bemessende Menge Rohmilch wird mit Labessenz ausgelabt, und der Käse nach mehrstündigem Aufhängen in einem Säckchen aus Seihtuch, währenddessen die Molke abtropft, 3—5 mal mit etwas Wasser bis zur feinsten Verteilung durch ein Haarsieb gestrichen. Die so entstandene Suspension wird schließlich mit $^1/_{10}$—$^1/_5$ der ursprünglichen Molkenmenge und $^9/_{10}$—$^4/_5$ Wasser oder Schleimabkochung, noch besser vielleicht mit $^1/_{10}$—$^1/_5$ Buttermilch und $^9/_{10}$—$^4/_5$ Wasser oder Schleim, auf das Ausgangsvolumen aufgefüllt und 40—50 g oder nach Bedarf auch mehr Kohlehydrat in Form von salzfreiem Zucker und Mehl zugesetzt. Will man sterilisieren, so muß das unter ständigem energischen Schlagen der Suppe geschehen, da sonst der Käse klumpig wird.

In geeigneten Fällen ist die Wirkung dieser salzarmen Kost eine außerordentlich sinnfällige. Schon nach 3—4 Tagen beginnt die entzündliche Rötung abzublassen, die Absonderung geringer zu werden, und nach Ablauf der ersten Woche pflegt das Nässen verschwunden zu sein. Gleichzeitig wird der Juckreiz günstig beeinflußt, bald bis zum gänzlichen Verschwinden, bald wenigstens bis zur starken Verringerung. Etwa in der dritten Woche kann die Haut bis auf eine verbleibende Rötung und eine leichte Schuppung als geheilt bezeichnet werden. Spätestens jetzt, meist aber schon erheblich früher, ist der Zeitpunkt gekommen, wo man durch Beigabe von salzfrei zubereitetem Gemüse, Obst und anderen salzarmen und ohne Salz zubereiteten Nahrungsmitteln die Kost mannigfaltiger machen und ohne Gefahr des Rückfalls eine langsame Zunahme erreichen kann. In einer nicht kleinen Zahl von Fällen kommen schließlich

die Kinder soweit, daß sie ohne Rückfall zu gemischter (milcharmer) Kost übergehen können.

Seit der erwähnten ersten Veröffentlichung ist von anderer Seite (Feer, Mendelsohn, Langstein, Spiethoff, Witzinger, Klotz u. a.) über Behandlungsversuche mit der Methode berichtet worden, und F. selbst hat Gelegenheit gehabt, über sie zahlreiche weitere Erfahrungen zu sammeln, so daß gegenwärtig ein abschließendes Urteil über die Verwendbarkeit und die Leistungsfähigkeit des Verfahrens möglich erscheint.

Zunächst ist hervorzuheben, daß in der „Ekzemsuppe" keineswegs eine universelle Heilmethode vorliegt; eine große Zahl von Säuglingsekzemen wird durch sie in keiner Weise gebessert; es ist nur eine immerhin nicht ganz kleine Gruppe von Fällen, wo sie sich nützlich erweist. Dieser beschränkte Wirkungskreis der Nahrung ist ein Anzeichen dafür, daß mit ihrer Anwendung nicht die Wurzel des Ekzems getroffen, sondern nur ein akzidenteller Faktor beeinflußt wird, der häufig ganz ausfällt, um andere Male eine um so größere Rolle im Zustande der Haut zu spielen; und je nachdem wird die durch die Suppe bewirkte Veränderung des Ausschlages das eine Mal gleich Null, das andere Mal sehr bemerkenswert sein.

F. war früher geneigt, diesen Nebenfaktor in dem Ernährungszustande zu suchen und einen Erfolg hauptsächlich nur bei pastösen, nicht aber bei mageren Kindern zu erwarten. Das hat sich nicht bestätigt. Nach genaueren Beobachtungen ist nicht der allgemeine Zustand, sondern der Zustand oder die Form des Ekzems maßgebend. Unbeeinflußt bleiben alle trockenen und alle spärlich absondernden Ekzeme, möge es sich bei den zweiten um die durch Eintrocknung schnell gerinnenden Serums entstehende krustöse Form handeln oder um den durch den Austritt wasserheller Lymphtröpfchen aus oberflächlichen Erosionen gekennzeichneten Etat pontueux. Energisch zu bessern dagegen sind die stark sezernierenden, entzündlich gereizten Formen, die man gewöhnlich als impetiginöse zu bezeichnen pflegt. Hier wirkt die Nahrung deutlich sekretionsbeschränkend; sie macht das nässende Ekzem zu einem trockenen. Durch diese Austrocknung werden die Wachstumsbedingungen für die auf der feuchten Oberfläche wuchernden und die Reizung unterhaltenden Entzündungserreger verschlechtert, die Entzündung geht zurück und meistens sieht man als Beweis der desinfizierenden Kraft der Methode wenige Tage nach Beginn der Behandlung die bis dahin erhöhte Körpertemperatur zur Norm zurückkehren. In dieser Beschränkung erzielt die „Ekzemsuppe" Heilungen oder wenigstens an Heilung grenzende Besserungen mit einer Schnelligkeit, wie sie meiner Erfahrung nach auf keine andere Art erreichbar sind. Dieser Sicherheit und Schnelligkeit des Erfolges wegen möchte ich sie nochmals der Beachtung empfehlen.

Wer mit der „Ekzemsuppe" arbeiten will, muß außer der entsprechenden Auswahl der Fälle noch einige Eigenheiten der Technik und einige Besonderheiten im klinischen Verlaufe berücksichtigen, um nicht auch da, wo an und für sich ein Erfolg zu erwarten ist, irre zu gehen und womöglich sogar zu schaden. Man hat der Methode in der Tat, abgesehen von den durch Heranziehung nicht geeigneter

Ekzemformen erklärten Mißerfolgen manches Ungünstige nachgesagt; aber wer sie beherrscht, wird die Einwände nur zum kleinen Teil als berechtigt anerkennen können und wird, soweit überhaupt die Möglichkeit einer Schädigung der Kinder vorliegt, leicht imstande sein, dieser bei den allerersten Anzeigen wirksam zu begegnen.

Vor allem ist der Methode vorgeworfen worden, daß bei ihr große Gewichtsverluste eintreten sollen. Dieser Vorwurf trifft indessen nur für eine kleine Kategorie von Fällen zu. Bei den meisten von F.s doch recht zahlreichen Patienten war nur innerhalb der ersten Woche eine Abnahme um ein paar hundert Gramm oder überhaupt gar kein Gewichtsverlust zu verzeichnen. Nur unter zwei Voraussetzungen sieht man größere und länger dauernde Abnahmen. Erstens, wenn ein vorher hauptsächlich mit Kohlehydraten stark überfüttertes Kind sofort auf Ekzemsuppe umgesetzt und verhältnismäßig knappe Beikost verabreicht wird. Aber diese Art des Gewichtsverlustes ist keineswegs durch Besonderheiten gerade dieser Nahrung bedingt, sondern tritt immer ein, wenn ein überernährtes, namentlich mit überreichlicher Mehlkost versorgtes und aufgeschwemmtes Kind auf eine knappe und verhältnismäßig kohlehydratarme Normaldiät gesetzt wird. Diese Abnahmen sind nicht nachteilig, sondern direkt wünschenswert; zeigen sie doch an, daß der Körper sich krankhafter Wassereinlagerungen entledigt.

Ein zweiter Grund für länger andauernde und beträchtlichere Gewichtsverluste ist unzulängliche Beikost, namentlich ungenügende Kohlehydratzulage. Durch entsprechende Ergänzungen kann und soll dem sofort begegnet werden.

Nur die dritte Art der Abnahmen ist der Ekzemsuppe eigentümlich. Sie ist im Gegensatz zu den vorgenannten bedenklich, kommt aber selten vor und kann leicht behoben werden. Sie unterscheidet sich von den vorerwähnten dadurch, daß sie mit Mattigkeit, auffallender Appetitlosigkeit und zuweilen auch mit Erbrechen einhergeht. Dieser Vorgang ist der Ausdruck eines Salzhungers und hervorgerufen durch eine individuell zu starke Reduktion des Molkengehaltes der Nahrung. Durch Darreichung von Kochsalz oder durch Zulage von Molke werden diese Zwischenfälle sofort beseitigt. Solche Gewichtsverluste durch Salzverarmung des Körpers kommen zuweilen schon bei Kindern mit festen Stühlen vor; leichter kommen sie zustande bei bereits bestehenden Durchfällen, namentlich bei solchen im Verlaufe enteraler und parenteraler Infektionen. Hier würde also eine unbedingte Gegenanzeige für die Anwendung der Ekzemsuppe vorliegen.

Der zweite gegen die Suppe erhobene Vorwurf ist der, daß sie Durchfälle mache. Er ist F. ganz unverständlich. Denn seiner Erfahrung nach hat sie, genau so wie die so nahestehende Eiweißmilch, direkt stopfende Wirkung. Durchfälle bei Ekzemsuppe können entweder nur davon herrühren, daß die Nahrung schlecht bereitet ist, oder sie sind einer komplizierenden Infektion zuzuschreiben. Daß mit dem Eintritt von Diarrhöen die Suppe auszusetzen ist, geht aus dem vorher Gesagten klar hervor.

Für den Gebrauch der Ekzemsuppe lassen sich nach allem folgende Regeln aufstellen: Die Suppe soll erst nach einem Versuche mit den gewöhnlichen Methoden angewendet werden, und zwar nur bei entzündlich gereizten, stark nässenden, impetiginösen Ekzemen, wenn innerhalb 14 Tagen auf einfachere Art keine befriedigende Besserung zu erreichen war. Bestehende Durchfälle oder Ernährungsstörungen schwererer Art bilden eine Gegenanzeige. Die Mengen der Ekzemsuppe sind reichlich zu bemessen; mäßige Beigaben von Mehlsuppen, Gemüsen, Breien in salzfreier Zubereitung und von Obst sind, wenn nicht schon von Anfang an, so doch wenigstens nach kurzer Zeit erforderlich. Abnahmen, abgesehen von solchen mäßigen Betrages in den ersten Tagen, sollen nicht zugelassen und gegebenenfalls durch Zulagen, namentlich von Kohlehydrat, beseitigt werden, es sei denn, daß es sich um vorher schwer überfütterte Kinder handelt, bei denen man übrigens von der Vorperiode mit gewöhnlicher, knapper Kost nie absehen sollte. Auch bei ihnen wird man extreme Gewichtsverluste durch Kohlehydratzulagen hemmen müssen. Abnahmen in Begleitung von Appetitlosigkeit, Erbrechen und Apathie deuten auf Salzhunger, sind bedenklich und geben eine dringende Anzeige für sofortige Zulage von reichlich Molke oder Buttermilch. Die Anwendungsdauer der Suppe kann bei geeigneter Zukost beliebig ausgedehnt werden, unter 3—4 Wochen soll sie nie herabgehen. Später wird an Stelle der Suppe am besten Buttermilch gesetzt. Beim Übergang kommt es oft zu einer vorübergehenden Verschlimmerung, die dadurch vermeidbar ist, daß man sich nach vollkommenem Aussetzen der Suppe mit der Buttermilch allmählich in langsam steigenden Gaben einschleicht.

Grätzer.

Egmont Baumgarten (Budapest), Heilung von Infiltrationen im Kindesalter nach akuten Infektionen. (Mediz. Klinik 1912. Nr. 1.) Es ist eine bekannte Tatsache, daß bei Erwachsenen Karzinome und Sarkome, besonders im Gesicht oder am Halse, nach einer Erysipelinfektion für eine Zeit manchmal gänzlich, aber meistens wesentlich sich zurückbilden. Dies wurde auch bei gutartigen Neugebilden beobachtet. Bei Kindern sind diese Erscheinungen selten, da bei diesen Karzinome und Sarkome nur in den seltensten Fällen vorkommen, und unsere Erfahrungen beschränken sich bloß auf gutartige Neubildungen. B. hat schon vor Jahren in seinen Arbeiten über die multiplen Kehlkopfpapillome hervorgehoben, daß bei solchen Kindern mit Papillomen diese sich nach akuten Infektionen, wie nach Morbillen, Scharlach, Diphtherie, meistens wesentlich zurückbilden, ja selbst ganz verschwinden können. Nach einiger Zeit kehren sie aber meistens wieder zurück, in selteneren Fällen aber in so geringem Maße, daß die endgültige Heilung bald erfolgt.

Daß aber nach akuten Infektionen bei Kindern chronische Infiltrationen sich zurückbilden können, ist bisher nicht beschrieben worden, und die zwei von B. beobachteten Fälle sind die einzigen während seiner 25jährigen Praxis.

Im ersten Falle hat B. bei einem 12jährigen Knaben im Spitale der Poliklinik wegen Lupus eine energische lokale Behandlung angewendet. Bei dem

Knaben waren beiderseits an dem membranösen und knorpeligen Anteile des Septums Infiltrationen, in diesen zahlreiche Knötchen, welche rechts tief in den Knorpel eindrangen. Rechterseits am inneren Nasenflügel und am vorderen Anteile der unteren Muschel sowie am Anfange des unteren Nasenganges ähnliche Veränderungen. Die Uvula war sehr infiltriert, ungefähr vierfach verdickt, bläulichrot verfärbt, an der vorderen Fläche stecknadelkopfgroße Knötchen, stellenweise lineare Narben. An den übrigen Schleimhäuten keine Veränderungen, am Körper nirgends eine verdächtige Stelle. Es war daher ein primärer Lupus der Nase und Uvula vorhanden; an welcher Stelle der Lupus begonnen hat, war nicht zu eruieren.

Die energische lokale Behandlung bestand darin, daß vom Septum mit dem scharfen Löffel die Lupusknötchen abgekratzt wurden, ebenso von der rechten Muschel und von den anderen Teilen und nachträglich mit Chromsäure Ätzungen gemacht wurden. Dies wurde einigemal wiederholt. Der verengte rechte Nasengang wurde weiter, Knötchen waren nicht mehr zu sehen, nur die Infiltration des Septums blieb teilweise bestehen, besonders auf der rechten Seite.

Die Infiltration der Uvula hat sich wenig verändert, obwohl die Knötchen auch ausgelöffelt werden und danach ebenfalls Chromsäureätzungen stattfanden. Die Infiltration änderte sich auch dann nicht, als B. mit dem galvanokaustischen Brenner einige Stichelungen machte; nur die Knötchen verschwanden, und man sah bereits Narbenbildung. Dieses Resultat war nach 4wöchentlicher Spitalsbehandlung kein glänzendes; da aber in den anderen Fällen die Heilung meistens noch langsamer erfolgt, konnte B. mit dem Erfolge zufrieden sein, nur die Infiltration der Uvula wollte nicht weichen, und war es zu bedenken, da sich die Infiltration auf den weichen Gaumen auszudehnen begann, ob es nicht zweckmäßiger sei, die ganze Uvula zu entfernen.

Man brachte in der Nacht in das Spital einen Kranken mit hohem Fieber, und in der Frühe merkte man, daß der Patient ein Erysipel hat, weshalb er gleich in das Epidemiespital überführt wurde. Der Knabe, der in der Nähe lag, bekam nach 5 Tagen ebenfalls Erysipel und mußte gleichfalls überführt werden. Das Erysipel heilte bei ihm rasch und er konnte schon nach 14 Tagen entlassen werden. Als er nach einigen Tagen sich wieder vorstellte, war B. sehr erstaunt; denn nicht nur die zurückgebliebenen Infiltrationen des Septums hatten sich ganz zurückgebildet, sondern auch die Uvula war wieder normal und zeigte keine Spur der früheren Erkrankung.

Im zweiten Falle war der Verlauf noch interessanter. Ein 10jähriger Knabe wurde mit der Angabe gebracht, daß er besonders in der Nacht schwer atmet. Der magere und anämische Knabe hatte starken adenoiden Habitus, der Nasenrachenraum war mit Adenoiden erfüllt, weshalb B. dieselben gleich entfernte. Einige Tage darauf war der charakteristische Habitus geschwunden, die Nasenatmung vollkommen, doch der Vater bemerkt, daß der Junge in der Nacht noch immer schwer atmet. B. untersuchte den Jungen mit dem Kehlkopfspiegel und sieht, daß die linke aryepiglottische Falte nußgroß ist, tumorenartigen Eindruck macht, mit normaler Schleimhaut bedeckt ist, an der laryngealen Seite einen ödematösen Wulst hat, der in den Kehlkopf hineinfällt, wodurch bei der Inspiration dieser aspiriert wird und den Kehlkopfeingang verengert. Das linke Stimmband ist schwer zu sehen, die anderen Teile des Kehlkopfes normal.

Der Vater des Knaben ist gesund, die Mutter tuberkulös, und zwar im letzten Stadium. B. hielt dieses Gebilde für keinen Tumor, sondern für ein großes Infiltrat, und zwar nach der Anamnese für ein tuberkulotisches. Nachdem aber im Sputum keine Bazillen gefunden wurden, Brustorgane keine Veränderungen aufwiesen, konnte man auch daran denken, daß nach einer Tonsillitis oder Adenitis eine Infektion stattfand und dies Gebilde ein entzündliches Infiltrat sein mag. Eis und Eisumschläge besserten den Zustand nicht, das Ödem wurde größer und verbreitete sich, so daß B. den Knaben, da die Tracheotomie jeden Augenblick notwendig werden konnte, in das Stephaniekinderspital aufnehmen lassen mußte. B. hatte bei der Behandlung von Nasenrachenfibromen von der Adrenalinbehandlung sehr gute Resultate, weshalb er diese Behandlung auch hier versuchte, in der Hoffnung, das Ödem und das Infiltrat so zu beeinflussen, daß die Tracheotomie übergangen werden könnte. Der Knabe bekam innerlich 3 bis 6 Tropfen Adrenalin täglich, und das Infiltrat, dessen oberer Anteil tumorartig war und beim Pinseln aus dem Kehlkopfe herausgehoben werden konnte, pinselte B. mit

einer Novokain-Adrenalinlösung. Schon nach 2 bis 3 Tagen wurde das Ödem geringer und verschwand nach 5 Tagen, ja das Infiltrat wurde auch kleiner, so daß keine Tracheotomie notwendig war. So schnell sich der Zustand in den ersten Tagen besserte, so langsam war der weitere Verlauf. Nach 4 wöchentlicher Behandlung war das Infiltrat um die Hälfte geschwunden, das Stimmband war wieder gut sichtbar und die Atmung war nicht mehr stenotisch. Das Infiltrat war ungefähr haselnußgroß, aber die aryepiglottische Falte im Vergleiche zur anderen Seite doch fünfmal so dick. Der Vater bat, den Knaben zu entlassen, die Mutter ist gestorben, und er ist jetzt allein in der Sommerwohnung. Diesem Wunsche konnte B. entsprechen, da keine Gefahr mehr bestand, jedoch wurde dem Vater eingeschärft, daß er bei der geringsten Verschlimmerung den Knaben sofort hereinbringen muß. Kaum ist eine Woche vergangen, bringt der Vater den Knaben, da er seit einem Tage wieder schwer atmet. B. dachte natürlich, daß das Infiltrat wieder größer geworden ist, doch als er mit dem Spiegel untersuchte, war zu seinem Erstaunen die Infiltration unverändert, dagegen sah er an den Stimmbändern und in der Trachea weiße Beläge, weshalb er die sofortige Aufnahme auf die Diphtherieabteilung veranlaßte, wo der Knabe sofort eine Seruminjektion bekam und intubiert werden mußte. Der Verlauf der Diphtherie war ein normaler, nach 14 Tagen konnte der Knabe bereits entlassen werden. Nach kurzer Zeit sah B. den Patienten, und zu seiner großen Freude sah er, daß die Infiltration sich fabelhaft resorbiert hatte, und zwar so, daß keine Spur derselben sichtbar war. Anfangs glaubte er nicht an die gänzliche Heilung, da er vermutete, daß wie bei den Papillomen diese nach einiger Zeit meistens wiederkehren, dies auch bei der Infiltration der Fall sein wird, da aber nach 6 Monaten bei monatlicher Kontrolle nicht die geringste Veränderung eingetreten ist, konnte B. den Knaben als vollständig geheilt betrachten. **Grätzer.**

Bautze, Beitrag zur Lehre von den Kieferzysten. (Zeitschrift f. Laryngologie. Bd. 4. Heft 2.) Unter Kieferzysten versteht B. nicht Zysten, die von der Kieferschleimhaut ihren Ursprung nehmen, sondern Zysten, die von den Zähnen ausgehen, Zahnzysten. Das Vorkommen dieser Zahnzysten ist häufiger, als man glaubt, B. stellt allein 45 Fälle zusammen, die an der Königsberger Hals-Nasenklinik beobachtet worden sind. Am häufigsten sind sie im 3.—5. Dezennium, doch hat B. auch sieben Fälle im Kindesalter gefunden. Am häufigsten gehen sie von den Schneidezähnen aus, das weibliche Geschlecht überwiegt bedeutend. Sämtliche Fälle betrafen den Oberkiefer. Bei großem Wachstum machten sich die Zysten schon durch Verstrichensein der Nasolabialfalte bemerkbar. Solange sie noch klein sind, machen sie geringe Beschwerden, allmählich werden sie größer, treiben die Fossa canina und die laterale Nasenwand vor, verdünnen den Knochen (Pergamentknittern) und bringen ihn schließlich ganz zum Schwinden. Der Inhalt ist meist eine bernsteingelbe bis braune Masse, welche Fetttropfen und Cholestearinkristalle enthält. Die Stellung der Diagnose wird durch eine Röntgenaufnahme sehr unterstützt. Bei kleineren Zysten genügt zur Heilung die Abtragung der nasalen Zystenwand von der Nase aus. Bei größeren Zysten rät B. eine breite Eröffnung von dem Alveolarfortsatz aus mit Hineintamponieren eines Schleimhautlappens in die Höhle, so daß sie zu einer Ausbuchtung des Vestibulum oris gemacht wird.

A. Sonntag (Berlin).

Oertel, Fall von angeborener Spaltbildung der Stimmbänder. (Zeitschr. f. Laryngologie. Bd. 4. Heft 2.) Ein 19 jähriges Mädchen, das seit Geburt heiser ist, zeigte eine feine Längsspaltung beider Stimmbänder, ungefähr $1^1/_2$ mm vom freien Rande demselben

parallel laufend und fast das ganze Stimmband durchziehend; in der Stimmbandmitte ist die Breite des Spaltes etwa $^1/_2$ mm, die Tiefe 1 mm. Die weitere Untersuchung der Luftwege ergab durchaus normale Verhältnisse. A. Sonntag (Berlin).

Attias, Fettige Entartung der Hornhaut bei Säuglingskeratitis. (Aus der Univers.-Augenklinik München.) (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. Dezemberheft 1911.) Der Fall ähnelt sehr dem Krankheitsbilde der Xerosis und der Keratomalakie.

Die Therapie bei dem schlecht genährten Kinde bestand hauptsächlich in Hebung des Allgemeinzustandes. Sommer (Zittau).

Grigorin M. Cristea (Wien), Beitrag zur Milchsekretion. (Gynäkologische Rundschau 1910. Heft 20.) C. weist an parabiotischen Ratten und Kaninchen nach, daß der Reiz, den die Milchabsonderung auslöst, auch bei solchen Tieren in einem chemischen Agens zu suchen ist, und zwar unabhängig vom peripheren Nervensystem. Da bei parabiotischen Tieren keine Blutgefäßkommunikation besteht, findet der Übergang des Hormons auf dem Wege der Lymphbahnen statt. Durch eine bei der Geburt veränderte Blutverteilung kann die Milchabsonderung nicht erklärt werden. Wegscheider.

Alexander Beerholdt, Über epidemisch aufgetretene Appendizitis in einer Erziehungsanstalt. (I.-D. Leipzig 1910.) Aus der über 230 Zöglinge umfassenden Erziehungsanstalt Oberginingen in Lothringen kamen vom 10. Januar bis 18. März 1910 28 Fälle von Appendizitis in das Bürgerspital Beauregard in Diedenhofen zur Aufnahme. Davon wurden 23 operiert, 5 unoperiert gelassen und zurückgeschickt. Die Mehrzahl dieser Fälle, nämlich 21, drängt sich auf den kurzen Zeitraum von 26 Tagen zusammen, vom 10. Januar bis 4. Februar. Zu diesen als „schwerkrank" eingelieferten Fällen sind noch hinzuzurechnen die, welche in der Anstalt überhaupt nicht als krank geführt wurden, oder nur auf die Revierstube daselbst kamen und bald wieder von ihrem Anfall genasen. — Klinisch boten die Patienten im allgemeinen das vorgeschrittene unkomplizierte Stadium der Wurmfortsatzentzündung, die Appendicitis phlegmonosa-ulcerosa simplex (nach der Einteilung Aschoffs) dar, dem allerdings, wie im Verlaufe der Arbeit gezeigt wird, das pathologisch-anatomische Bild nicht entspricht. — In einer größeren Anzahl (16) der Erkrankungen ging dem Anfall eine typische Angina voraus. Alle wiesen den typischen McBurneyschen Druckpunkt auf, „manche so ausgesprochen, daß sich einige ganz ruhig auf dem Leib palpieren ließen, sofort aber höchst unruhig wurden und selbst schrien, sobald sie nur schon dachten, daß man jetzt auf die McBurneysche Stelle drücken würde". Einige hatten Kollapszustände und „mehrere der Patienten machten einen im Verhältnis zu den übrigen klinischen Symptomen, die sie aufwiesen, schwer kranken Eindruck". In allen Fällen wurde ferner neben den Halsbeschwerden über Kopfschmerzen geklagt, und es wurde sofort der Eindruck eines Zusammengehörens dieser drei Symptome — Hals-

und Mandelentzündungen und Kopfschmerzen — zu einer Trias gewonnen; es ist interessant, wenn wir hören, daß der Autor, nachdem er sich diese Trias gewissermaßen zurechtgelegt hatte, noch zweimal im Laufe der zwei folgenden Wochen Gelegenheit fand, sie in der Praxis diagnostisch zu verwerten bzw. zu prüfen, ohne daß damit gesagt sein soll, daß dieses Zusammenfallen konstant wäre. In beiden Fällen fand sich durch den späteren Verlauf die Annahme einer Appendizitis bestätigt. — Fünfmal ging den Anfällen (vor Einleitung der Opiumtherapie) eine bemerkenswertere Verstopfung voraus und achtmal mehr oder weniger starke Durchfälle. In sieben Fällen (einschließlich der erst mikroskopisch untersuchten) enthielten die Appendizes Oxyuren, in 13 Fällen (einschließlich der unter dem Mikroskop gefundenen) wiesen sie Kot und Kotsteine auf.

Das Ergebnis der pathologisch-anatomischen Untersuchung läßt sich dahin zusammenfassen: Vorerst fällt der Mangel leukozytärer Infiltration auf, Nekrosen, das Vorhandensein sogen. „Primärinfekte“ im Sinne Aschoffs, waren nicht eindeutig nachzuweisen. Bindegewebige Infiltation fehlte, deutliche Residuen alter Entzündungen ließen sich in den Schnitten nicht finden. Auf der anderen Seite haben wir die ausgesprochene Lymphozytenüberschwemmung der verschiedenen Wandschichten und die oft enorme Schwellung des lymphatischen Apparates, positive, unbestreitbare Befunde, gegen die man nicht, wie z. B. gegen die Veränderung der Epithelschichten, das häufige Vorkommen von Blutungen usw., den Einwurf des traumatischen Artefaktes erheben kann. In den am besten erhaltenen Exemplaren handelte es sich um eine ausgesprochene Schwellung der lymphatischen Bestandteile der Appendix, also in erster Linie der Lymphfollikel mit verbreiteter Lymphozyteninfiltration der Umgebung, besonders aber der Schleimhaut, aber auch in der Submucosa, ohne Spur oberflächlicher Nekrose oder sicher nachgewiesener Epithelläsion. Eine solche Schwellung ist der Ausdruck entzündlicher „Schwellung“, von derselben Natur, wie wir sie bei der gewöhnlichen Angina catarrhalis in den Tonsillen vorfinden. Ob diese nun durch Bakterien (auf dem Blutweg oder von der Oberfläche aus) oder vielleicht auch nur durch toxische Produkte hervorgerufen worden ist, darüber gibt das vorgelegte Material keine entscheidende Auskunft. Streptokokken wurden in den mikroskopischen Schnitten nicht nachgewiesen.

An anderer Stelle will B. im Zusammenhang seine auf die Lösung der Frage nach der Entstehung dieser Epidemie gerichteten Untersuchungen veröffentlichen; dort soll auch die Literatur und die Kasuistik ähnlich epidemischen Auftretens von Appendizitis berücksichtigt werden.

H. Netter (Pforzheim).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

E. Sluka, Die Hilustuberkulose des Kindes im Röntgenbilde. (Ans dem St. Anna-Kinderspital in Wien.) (Wiener klin. Wochenschr. 1912. Nr. 7.) S. sieht sich auf Grund der röntgenologischen Dauerbeobachtungen und der Sektionsbefunde an Kindern unter 5 Jahren berechtigt, mitten im Lungenfeld liegende Schattengebilde als tuberkulöse Erkrankung der Drüsen und des Lungengewebes um den Hilus aufzufassen. Grätzer.

F. Hamburger, Zur Kenntnis der lordotischen Albuminurie. (Ebenda.) H. glaubt, daß die von Jehle stammende Erklärung richtig ist, daß die Stauung die Hauptursache der lordotischen, bzw. orthotischen Albuminurie ist. Aber wir dürfen uns wohl vorstellen, daß derselbe Stauungsgrad bei einem Vasomotoriker genügt, eine Albuminurie auszulösen, bei einem Nichtvasomotoriker dazu nicht genügt; und ferner, daß derselbe Stauungsgrad bei demselben Individuum einmal zur Albuminurieprovokation genügt, das andere Mal nicht. Die ausführliche Veröffentlichung dieser Untersuchungen erfolgt nach Sammlung weiterer Beobachtungen später. Grätzer.

E. Mayerhofer, Poliklinische Beobachtungen aus der Stillpropaganda. (Aus dem Ambulatorium der Kinderabteilung des k. k. Kaiser-Franz-Josephsspitals in Wien.) (Ebenda.) M. erklärt, daß die besten Erfolge in der Stillpropaganda bei der Arbeiterbevölkerung des südlichen Wiens durch die rege Hebammenarbeit erzielt worden ist; diese von den meisten Autoren abweichende Erfahrung führt M. auf das Prämiierungssystem der Hebammen seitens der Stillkasse zurück. Grätzer.

Doberer, Zur Technik und Kasuistik der Epilepsieoperationen. (Aus dem Kaiser-Franz-Joseph-Jubiläumskrankenhause in Linz.) (Wiener klin. Wochenschr. 1912. Nr. 10.) Gegenüber den mehr oder weniger komplizierten Operationsmethoden hat D. sich in einem Falle ein eigenes Verfahren bewährt, daß bei denkbar einfachster Technik relativer Ungefährlichkeit, Kürze der Heilungsdauer und völlig intakter Wiederherstellung der knöchernen Schädelkapsel einen geradezu verblüffenden Erfolg hatte, der zwar bis jetzt anhält, dessen Beobachtungsdauer jedoch eine viel zu kurze ist, um von einem Dauererfolge sprechen zu können. Es handelte sich um einen 12jährigen Knaben.

Am 18. November 1911 wurde in der Absicht, die Kochersche Ventiloperation vorzunehmen, in Narkose der Schädel durch Bildung eines Haut-Periost-Knochenlappens in der Gegend der rechten sensomotorischen Region geöffnet, die Dura mit einem kleinen Haker emporgehoben und kreuzweise eingeschnitten, wobei sich aus dem Subduralraume ziemlich reichlich klare Flüssigkeit entleerte. In diesem Momente mußte D. an die Radikaloperation der Hydrokele nach Winkelmann denken, der bekanntlich die Wandung des Hydrokelensackes umstülpt, wodurch die weiterhin sezernierte Hydro-

kelenflüssigkeit vom Unterhautzellgewebe aufgesaugt wird, und es drängte sich ihm der Gedanke auf, ob nicht auch hier durch ein Umstülpungsverfahren einem plötzlichen Anwachsen der Spannung infolge Vermehrung der Flüssigkeit im Subduralraume dadurch vorgebeugt werden könnte, daß letztere fort und fort durch die Venae diploicae aufgenommen und weggeschafft würde. Die Venae diploicae durchziehen als dünnhäutige, klappenlose Kanäle die Diploe des Schädelknochens und bilden in derselben ein ausgedehntes weitmaschiges Netz, welches sich teils nach innen in die Sinus durae matris, teils nach außen in die äußeren Kopfvenen entleert, so daß die Möglichkeit eines Funktionierens des Venennetzes in obengenanntem Sinne plausibel erscheint.

Die Umstülpungsmethode wurde nun folgendermaßen vorgenommen: Durch die kreuzförmige Einschneidung der Dura entstehen vier dreieckige Durazipfel, welche an ihrer Basis umgebogen und mit der Innenseite nach außen unter gleichzeitiger Ablösung der Dura vom Knochen, unter denselben geschoben werden. Hierauf wird der Knochendeckel an seine Stelle zurückgebracht, ein Hammerschlag auf denselben genügt, um ihn wieder so exakt einzupassen, daß er nicht nur in richtiger Stellung sofort festgehalten wird, sondern auch unter denkbar geringster Kallusbildung einheilen muß.

Die Situation ist nun die, daß die Wundränder des Knochenlappens auf der nach außen umgestülpten und mit Plattenepithel überzogenen Innenfläche der Durazipfel aufliegen, wodurch letztere nicht nur in ihrer umgestülpten Lage erhalten bleiben, sondern auch voraussichtlich keine Verwachsung des Knochens mit der Dura an dieser Stelle eintritt. Gegenüber dem Knochenlappen liegt die viereckige, von der Dura befreite und unversehrt gebliebene Arachnoidea. Keine Ligatur, keine Naht bleibt als Fremdkörper innerhalb des Schädels zurück. Werden nach 6 Tagen die Nähte der Kopfschwarte entfernt, so ist bereits völlige Verheilung eingetreten, der Kranke kann ohne Verband bleiben und hat damit den Eingriff eigentlich schon überwunden.

Grätzer.

F. Stirnimann (Luzern), Die Anorexie der Kinder. (Correspond.-Blatt f. Schweizer Ärzte 1912. Nr. 10.) Bei Behandlung der Anorexie auf gastrointestinaler Grundlage leistete Dialysé Gentianae luteae Golaz sehr gute Dienste, eine klare, hellbraune Flüssigkeit von aromatisch-bitterem Geschmack, die von den Kindern besser genommen wird als andere Amara.

Das Präparat wurde bei 96 Kindern verwendet, bei welchen die Anorexie in den Vordergrund des therapeutischen Interesses trat. Nachteile wurden nie beobachtet. Gänzlich versagte es in zwei Fällen, bei einem Falle von Geophagie und einem Falle von Hysterie. Bei allen übrigen war der Erfolg da, mehr oder weniger eklatant. Besonders dort, wo der Diätzettel infolge Abneigung auf wenige Speisen zusammengeschmolzen war, oder wo Gemüsediät eingeführt werden mußte, die das Kind bisher zurückwies, entfaltete das Präparat die gewünschte Wirkung. Gerade die Behandlung der exsudativen Diathese scheiterte früher in der Privatpraxis oft, weil die an zu süße

Nahrung gewöhnten Kinder nicht Gemüse zu sich nehmen wollten. Am auffallendsten war die Wirkung bei den asthenischen Kindern, sowie solchen, welche eine Dilatation des Magens nach überstandener Rachitis aufwiesen. Auch die Anorexie nach Infektionskrankheiten (Influenza, Pertussis) wurde prompt gebessert, ebenso sekundäre Anämien. Bei einem Myxödem und einer Hypothyreoidie konnte noch eine Steigerung des Appetites nach Schilddrüsendarreichung bewirkt werden. Das Präparat wurde teils als Tropfen in etwas Zuckerwasser (drei Tropfen $^1/_2$ Stunde vor der Mahlzeit) oder 2,0 auf 100,0 Wasser verdünnt mit Zufügung von einer Tablette Saccharin gegeben. In dieser Form wurde die Gentiana nie zurückgewiesen, wenn auch einige Kinder sie ohne Versüßung vorziehen. Da die Latenzzeit für den süßen Geschmack 0,44 Sek., für den bittern 1,08 Sek. beträgt (Kiesow), kommt im Anfang nur ersterer zur Erregung; bis der bittere Geschmack zum Bewußtsein kommt, ist die Medizin schon eingenommen. Der Mangel jeden Nachgeschmackes schützt gegen die Bildung unlusterregender Erinnerungsbilder. Bei primären Anämien kombinierte St. die Tropfen mit Liq. Fowleri, bei Tbc. mit Thiocoll.

Grätzer.

G. Di Christina, Klinischer Beitrag zum Studium der Pathogenese und Ätiologie der Anaemia splenica der Kinder. (Pediatria 1911. Nr. 11.) C. versuchte während 2 Jahre, bei allen in der Kinderklinik zu Palermo zur Beobachtung gekommenen Fällen von Anaemia splenica die hereditäre Belastung festzustellen. Er fand in sechs Fällen sichere Syphilis der Mutter (vier durch Wassermann, zwei durch sichere Anamnese festgestellt), in fünf Fällen Tuberkulose und Syphilis der Mutter (beide durch Komplementablenkungsreaktion festgestellt), in sieben Fällen Tuberkulose der Mutter (teils klinisch, teils durch Pirquet oder Komplementablenkung mit Tuberkulin festgestellt). Schließlich waren noch zehn Fälle in Behandlung, bei denen Sicherheit über die Familienanamnese nicht zu erzielen war, da exakte Untersuchungen nicht angestellt werden konnten. Das Material genügt zwar nicht zu zwingenden Schlüssen; immerhin glaubt C. auf Grund desselben sich für berechtigt, Lues und Tuberkulose der Mutter für die Krankheit der Kinder ätiologisch verantwortlich zu machen. Pathogenetisch kommen dabei vier Hypothesen in Betracht: 1. Verschlechterung der Keimzellen durch die Toxininfektion der Mutter; 2. Durchgehen von Giften durch die Plazenta; 3. Durchdringen von Keimen durch die Plazenta, die zwar selbst vom Fötus zerstört werden, deren Gifte aber ihre deletäre Wirkung auf ihn enthalten, so daß er nur insuffiziente Lebenskräfte bekommt; 4. Entwicklung der betreffenden Infektion im Fötus selbst, zwar nur gering, aber doch genügend, um ihn lebensschwach zu machen.

M. Kaufmann.

J. Calicó Maleras, Behandlung des Keuchhustens mit Phenokoll. (Med. de los Niños 1911. Nr. 12.) M. beobachtete eine Keuchhustenepidemie von 27 Fällen, darunter 20 bei Kindern unter 12 Jahren. Sehr prompte Heilerfolge sah er von Phenocoll. hydrochlor. zu 2—3 g pro die bei Erwachsenen, zu 0,8—1,0 bei Kindern, in

Mixtur mit Wasser, Sirup und etwas Heroin. Nach 14 Tagen waren schon 70% der Fälle geheilt. M. Kaufmann.

V. Gómez, Ein Fall von Impfpustel des Ohrs. (Cronica Med. Quiríng, Ref.: Rev. de Med. y Cir. Práct. 1912. 14. Januar.) Bei einem 5jährigen Kind entstand am 9. Tage nach der Impfung neben drei Pusteln am äußeren Ohr eine Impfpustel am hinteren unteren Quadranten des Trommelfells, die ohne Komplikation abheilte. M. Kaufmann.

J. Schabad, Der Mineralstoffwechsel bei Rachitis. (Nowoje w Medizin. 1910. Nr. 15.) Der durch seine mehrfachen Arbeiten auf dem Gebiete der Rachitis (vgl. diese Zeitschrift 1910 Nr. 4. 9. 11. 12) bekannte Autor hat auf der Sektion für Kinderkrankheiten des Fl. Piropoff-Kongresses in St. Petersburg im April 1910 eine zusammenfassende Übersicht seiner Studien und Anschauungen über die Rachitis gegeben, die sich folgendermaßen resumieren lassen:

Auch in der Kinderheilkunde wird heutzutage dem Mineralstoffwechsel des Kindes und seinen Störungen erhöhte Aufmerksamkeit zugewandt. Das ist um so mehr berechtigt, als unter allen Geweben die Knochen am meisten Asche enthalten und bei Erkrankungen mit Rachitis aschenärmer und somit auch weicher werden. Untersuchungen des Mineralstoffwechsels des Kindes liegen nur in sehr geringer Zahl vor. S. verfügt über 50 Fälle von Untersuchungen des Kalk- und Phosphorstoffwechsels, wobei auch der N- und in einzelnen Fällen auch der Fettstoffwechsel in den Bereich der Untersuchungen gezogen wurde.

Welchen Charakter trägt nun der Kalkstoffwechsel bei der Rachitis?

Die rachitischen Knochen enthalten bedeutend weniger Asche, und somit auch weniger Kalk, als der Norm entspricht. Da aber die Knochen das fast ausschließliche Kalkdepot im Organismus darstellen, so enthält der Organismus des Rachitikers nicht nur weniger Kalk als der eines normalen Kindes von demselben Alter und Gewicht, sondern die absolute Kalkmenge kann sogar geringer werden, als der Vorrat betrug, den das Kind mit auf die Welt brachte. Es folgt daraus, daß in schweren Fällen von Rachitis Kalk nicht nur nicht in den Knochen abgelagert wird, sondern sogar den Organismus verläßt. Bei der Rekonvaleszenz von der Rachitis wird wiederum nicht nur diese negative Balance gedeckt, sondern der Kalk in zwei- bis dreifach größerer Menge, als der Norm entspricht, im Organismus abgeladen. Die Untersuchung des Kalkstoffwechsels kann somit diagnostisch wichtig werden, um festzustellen, welch ein Stadium der Krankheit vorliegt.

Die Ausscheidung des Kalkes bei der Rachitis vollzieht sich ausschließlich durch den Darmkanal und nicht durch die Nieren, was gegen die Säuretheorie der Entstehung der Rachitis spricht, da bei den Azidosen der Kalk hauptsächlich durch die Nieren ausgeschieden wird.

In engem Zusammenhang mit dem Kalkstoffwechsel befindet sich bei der Rachitis der Phosphorstoffwechsel. Auch der Phosphor wird

in gesteigertem Maße durch den Darm entleert, während die Phosphormenge im Harn wirkt. Umgekehrt wird bei der Rekonvaleszenz eine Hyperphosphaturie im Harn wahrgenommen. Da aber die Ausscheidung des Phosphors auch von der Menge des eingeführten Phosphors, sowie von der Retention eines Teiles desselben in den Geweben abhängt, so kann die quantitative Untersuchung des Phosphors nur bei Berücksichtigung aller genannten Momente einen Anhalt geben, um die Zweckmäßigkeit verschiedener zur Behandlung der Rachitis angegebener Mittel zu beurteilen.

Eine spezifische Behandlung der Rachitis ist in der Darreichung von Phosphor und Lebertran zu sehen. Es wirkt nicht auf gesunde Kinder, verbessert ganz bedeutend die Assimilation des Kalks und Phosphors der Nahrung (während des progressiven Stadiums der Krankheit) und befördert das Eintreten der Genesung. Bei eingehenden Untersuchungen hat sich dabei ergeben, daß der Phosphor an und für sich nicht die Assimilation des Kalkes verbessert, während Lebertran per se die Retention des Kalkes im Organismus fördert, wenn auch schwächer als in der Verbindung mit Phosphor. Es scheint sich hierbei um eine spezifische Eigenschaft des Lebertranes zu handeln, denn andere Fette, wie z. B. Sesamöl, besitzen diese Eigenschaften nicht.

Die günstige Einwirkung des Phosphorlebertrans auf die Kalkassimilation bei Rachitis kann durch Einführung von leicht löslichen Kalksalzen, kohlensaurem Kalk unterstützt werden, während unlösliche Präparate, wie zitronensaurer oder phosphorsaurer Kalk unresorbiert den Darm verlassen.

Bei Komplikationen der Rachitis mit Spasmophilie unterscheidet sich der Mineralstoffwechsel in nichts von den unkomplizierten Fällen. Auch hier übt der Phosphor an sich keine besonderen Wirkungen aus, insbesondere vermindert er nicht die elektrische Erregbarkeit der Nerven. Auch bei der Spasmophilie erscheint der Lebertran als das wirksame Agens, was durch klinische Beobachtungen von Rosenstern bestätigt wird.

Außer der Rachitis des Kindesalters gibt es noch eine späte Rachitis (Rachitis tarda) bzw. eine Rachitis des Jugendalters (Rachitis adolescentium). Man versteht darunter einmal eine länger als gewöhnlich andauernde kindliche Rachitis und ferner eine Rachitis, die sich in der Periode der Geschlechtsreife bei Personen entwickelt, die bereits in der Kindheit eine Rachitis durchgemacht hatten und von derselben genesen waren oder selbst bei Personen, die nie an Rachitis gelitten hatten. S. hat nur die primäre Entwicklung der Rachitis in der Periode der Geschlechtsreife im Auge, da sich nur diese Form pathogenetisch von der gewöhnlichen Rachitis des Kindesalters unterscheiden könne.

Es liegen bis jetzt etwa 60 klinische Beobachtungen über diese Spätform der Rachitis vor. Die Krankheit befällt hauptsächlich Mädchen und äußert sich in einer Anschwellung der Rippenenden, der Extremitätenepiphysen sowie in einer starken Verkrümmung der Diaphysen. Häufig entwickelt sich ein Genu valgum und ein Pes

planus. Die als jugendliche Osteomalazie beschriebenen Fälle sollen nun stärkere Grade dieser Rachitis tarda darstellen. S. bereichert die Kasuistik dieser Krankheit durch Mitteilung zweier Fälle, die zwei Zwillingsschwestern, Mulattinnen, betreffen. Patientinnen sind 16 Jahre alt und erkrankten vor 4 Jahren mit stark ausgesprochenen Anschwellungen der Knorpelenden der Rippen und der Epiphysen der langen Röhrenknochen, sowie mit der Bildung eines Genu valgum. Die Diaphysen sind nicht gekrümmt. Die Patientinnen können nicht stehen und klagen über Schmerzen in den Diaphysen. Auf dem Röntgenbilde sieht man Unregelmäßigkeiten der Epiphysenlinie und einen sehr breiten Knorpel. Die eine der Patientinnen ging an Miliartuberkulose zugrunde, so daß die Knochen chemisch untersucht werden konnten. Beim frischen Knochen war der Aschengehalt geringer, d. h. es herrschte dasselbe Verhältnis wie bei der Rachitis des Kindes. Der Phosphorgehalt betrug nur 65—71 % im Vergleich zum Kalkgehalt, während bei der Rachitis des Kindes 78—85 % gefunden wurden (die Norm beträgt 70—75 %). Stoffwechselversuche ergaben eine recht bedeutende positive Kalkbilanz, bei negativer N-Bilanz, d. h. ein den Verhältnissen bei der kindlichen Rachitis entgegengesetztes Verhalten. Auch die Phosphorlebertrantherapie versagte; die Kalkassimilation wurde geringer. Alle diese Verhältnisse sprechen dafür, daß diese Rachitis tarda von der gewöhnlichen Rachitis des Kindesalters zu diffenzieren sei. (In reinen Fällen ist die Möglichkeit einer hereditären Lues sowohl durch den negativen Ausfall der Wassermannschen Reaktion als auch durch die Ergebnisse der Sektion auszuschließen.)

In bezug auf die Pathogenese der Rachitis spricht S. auf Grund seiner Untersuchungen über den Mineralstoffwechsel den Gedanken aus, daß die gesteigerte Phosphorausscheidung die primäre Stoffwechselstörung darstellte, die dann sekundär eine Steigerung der Kalkausfuhr zur Folge habe. Sollte diese Annahme durch weitere Versuche bestätigt werden, so müßte man daraus den Schluß ziehen, daß der Rachitis eine Zerstörung der phosphorreichen Verbindungen, der Nukleïne und Lezithine, zugrunde liege. Möglicherweise sei am Prozesse das phosphorreiche Nervengewebe beteiligt, was die häufige Kombination von Rachitis und Spasmophilie erklären könne.

Praktisch wichtig ist die Frage, ob in der Ätiologie der Rachitis eine zu geringe Kalkzufuhr mit der Nahrung eine Rolle spielen könne. Die Muttermilch enthält wenig Kalk und auch wenig Eisen, ja manchmal sinke der Gehalt an deren Stoffen unter das physiologische Minimum. In solchen Fällen bildet die entstehende Rachitis ein Analogon zu den bei Tieren durch verminderte Kalkzufuhr künstlich erzeugten Rachitis. Es handelt sich hier eher um eine Pseudorachitis, die histologisch durch eine Osteoporose gekennzeichnet sei. Der verführerische Gedanke, diese Form der Rachitis durch Darreichung von löslichen Kalksalzen an die Mutter und den Übergang derselben in die Milch zu bekämpfen, hat sich bei diesbezüglichen Versuchen nicht bewährt: der Kalkgehalt der Muttermilch wies keine Zunahme auf. Wohl aber enthält die Kuhmilch viermal mehr Kalk als die Frauenmilch, so daß jenseits des ersten

Lebenshalbjahres hier ein Weg zur Verbesserung des Kalkstoffwechsels gegeben ist.

S. Rubinstein (Riga).

A. Wirschubsky, Ein Fall von Aphonie und Dysphagie bei einem 5jährigen Kind. (Praktitschesky Wratsch. 1911. 20. März.) Es handelt sich um das Kind (Knabe) einer früher hysterischen Mutter, das aber selbst nichts Abnormes geboten hatte, bis zu dem Tag, an dem es durch Zufall, Zeuge eines epileptischen Anfalles wurde. Von diesem Augenblick an begann es eine gewisse Nervosität zu zeigen; nach etwa 2 Monaten, durch einen attackierenden Hund heftig erschreckt, wurde der Knabe plötzlich aphonisch; gleichzeitig aber machten sich auch deutliche Schluckstörungen bemerkbar, in dem selbst flüssige Nahrung sogleich wieder hergegeben wurde. Der Kranke wurde in das Hospital aufgenommen, wo die Ärzte die Diagnose diskutierten, ohne indes zu einer Verständigung zu kommen. Inzwischen führte man das Kind in ein Zimmer, wo sich eine Elektrisiermaschine befand, und man ging zur Prüfung des Rachenreflexes. Das Geräusch des Apparates und die von der in den Mund eingeführten Elektrode erzeugte Sensation wirkten derart auf das Kind, daß die Aphonie wie durch Zauber verschwand: alsbald begann auch das Kind zu schreien und zu sprechen und konnte auch die ihm dargebotene Nahrung ohne Schwierigkeit schlucken.

Da die Erscheinungen ebenso plötzlich verschwanden, wie sie gekommen, so dürfte über ihre hysterische Natur kein Zweifel entstehen.

H. Netter (Pforzheim).

A. K. Schiperskeïa, Bilden Ekzem und andere Hautaffektionen Gegenanzeigen gegen die Vakzination? (Rußky Wratsch. 1911. 13. Febr.) Ohne in den chronischen Affektionen der Haut ein absolutes Hindernis für die Vakzination zu erblicken, glauben manche Autoren doch, daß diese Dermatosen besondere Vorsichtsmaßregeln zur Vermeidung von Auto-Inokulationen erfordern, und lassen, sogar die kleine Operation aufschieben. Manche gehen noch weiter und halten die Unterlassung der Impfung von Kindern angezeigt, wenn in deren Umgebung ekzemkranke Personen leben, da ein solches Leiden hierbei ganz andere Formen annehmen kann. Darum ist es nicht ohne Interesse von den Beobachtungen Kenntnis zu nehmen, die S. auf der Abteilung von Prof. S. Kulnew an der militär-medizinischen Akademie in St. Petersburg gesammelt hat.

Während einer Blatternepidemie wurden 76 Hospitalkranke, davon der größte Teil Kinder, geimpft. Nach dem Alter verteilten sich dieselben folgendermaßen: 6 standen im Alter von 2 Monaten bis 1 Jahr, 10 von 2—8 Jahren, 20 von 9—10 Jahren, 22 von 13—15 Jahren und 18 von 20—25 Jahren. In 18 Fällen handelte es sich um Ekzem (4 des Gesichts, 10 des Körpers und 4 der Hände), 15 Fälle waren Lupus des Gesichts oder der Extremitäten, 15 andere Skabies, 20 Herpes tonsurans des behaarten Kopfes, 2 Psoriasis, 4 Favus und 2 Prurigo.

Bei all diesen Kranken nun nahmen die Impfpusteln einen völlig normalen Verlauf, ohne daß ein einziger Fall von generalisierter Vakzine zu verzeichnen gewesen wäre. Anderseits hat die Vakzination

keinen nachteiligen Einfluß auf das Ekzem ausgeübt, so wenig wie auf die andern Hautaffektionen. Selbst bei Säuglingen mit ausgedehntem Ekzem wurde nicht die kleinste Verschlimmerung konstatiert.

Diese Beobachtungen scheinen S. zu zeigen, daß die Komplikationen des Ekzems, die man der Vakzination zuschreiben will, in Wirklichkeit auf andere Ursachen, wahrscheinlich besonders auf mangelhafte Asepsis zurückzuführen sind, die den pyogenen Bakterien mit Hilfe des kleinen Eingriffs das Eindringen in den Organismus ermöglicht. (Bis auf weiteres dürfte es geraten sein, es bei der alten Übung zu belassen. Anm. d. Ref.) H. Netter (Pforzheim).

C. Marninè, Sexuelle Frühreife, Verbrechertum, Epilepsie. (Archivio di Antropologia Criminale, Bd. 31. Heft 6.) Die der Arbeit zugrunde liegende Beobachtung, ein Schulbeispiel der Lombrososchen Lehre von der Verbrechernatur und eine Bestätigung der Angaben von Lombroso und Krafft-Ebing, daß frühzeitige Geschlechtsreife zu den Eigentümlichkeiten der Degenerierten und Epileptischen gehöre, gilt einen 13jährigen Knaben, der bereits wiederholt mit Prostituierten Geschlechtsverkehr gehabt und nach einem Koitus im Bordell einen Angriff auf eine Dirne gemacht und diese mit einem Rasiermesser mehrfach verletzt hatte. Der jugendliche Verbrecher entstammte einer stark belasteten Familie (Psychosen und Alkoholismus) und war selbst nach dem körperlichen und geistigen Befund zu den Degenerierten und Epileptischen zu rechnen. Der Tat war ein Zustand von Bewußtlosigkeit und Hinstürzen auf die Erde gefolgt. H. Netter (Pforzheim).

Weill und **Gordère,** Syphilitische Leberzirrhose bei einem 4jährigen Kind. (La Médecine infantile 1911. Januar.) Die Verff. legten die Präparate von der Autopsie eines Kindes vor, das einige Monate nach der Geburt die ersten Erscheinungen eines splenohepatischen Syndroms auf das deutlichste darbot. Die große Leber reichte bis in die rechte Fossa iliaca, und die Milz war stark hypertrophisch. Kein Aszites. Leichte subsklerische Färbung der Konjunktiva. Mit Rücksicht auf die klinischen Merkmale und die Antezedentien wurde die Diagnose auf splenohepatische Syphilis gestellt.

Das Kind zeigte zu wiederholten Malen schwere Blutungen und erlag auch einer ganz abundanten Hämatemesis.

Autopsie: Leber höckerig, zirrhotisch, leicht abgeschnürt; geplatzte Ösophagus-Varizen waren die Todesursache.

Das Bemerkenswerte dieses Falles ist die Entwicklung dieser beim Kind seltenen Zirrhose (kein Gumma) und der Tod an Ruptur der in diesen Alter exzeptionellen Ösophagus-Varizen.

H. Netter (Pforzheim).

Triboulet und **Harvier,** Glottisspasmus als isolierte Erscheinung der Tetanie. (Bull. Soc. de Pédiatrie de Paris 1911. Juni.) Die durch Autopsie und Untersuchung der Nebenschilddrüsen vervollständigte Beobachtung von Glottisspasmus betrifft einen Säugling. Das Bemerkenswerte ist, daß bei dem Kind außer dem Laryngospasmus kein anderes Symptom von Tetanie, daß im besonderen

niemals das Chvostekscke Zeichen konstatiert worden ist. Das Studium der elektrischen Reaktionen ermöglicht allein die Herstellung einer Beziehung dieses isolierten Glottisspasmus zur Tetanie.

H. Netter (Pforzheim).

M. Raynaud und **M. Coudray,** Gutartiger katarrhalischer Ikterus tetragenen Ursprungs. (Le Progres médical 1911. Nr. 17.) Es handelt sich um einen Ikterus bei einem 4jährigen Kind, der fast ohne Vorzeichen sich eingestellt hatte und das Bild eines durchaus gutartigen, katarrhalischen Ikterus mit sehr spärlichen Krankheitserscheinungen bot; 2—3 tägiges Müdesein, sehr mäßiges, 38,4° nicht überschreitendes Fieber, ein flüchtiger Ikterus, das ganze kann 10 Tage dauern; eine gleich im Beginn, beim Auftreten der subikterischen Verfärbung vorgenommene Blutkultur erwies die Anwesenheit eines durch das Serum der Kranken agglutinierten, typischen Tetragenus.

H. Netter (Pforzheim).

Rauzier et **Roger,** De la reviviscence des poliomyelites: paralysie spinale antérieure chronique de Duchenne, chez un adolescent de seize ans frappé à l'âge de trois ans de paralysie infantile. (Soc. des Sc. méd. de Montepellier, Province médicale 1911. Nr. 21.) Bekannt ist, mit welcher Häufigkeit die in ihrer Kindheit an infantiler Lähmung erkrankten Personen später von medullären Affektionen befallen werden: kongestive Zustände mit vorübergehenden Paresen oder Paralysen; — akute Myelitis unter der Form der akuten spinalen Paralyse des Erwachsenen; — subakute oder chronische vordere spinale Paralysen; — progressive Muskelatrophie type Aran-Duchenne; — amyotrophische Lateralsklerose.

Über einen solchen Fall berichteten die genannten Autoren. Es handelt sich um einen 16jährigen Jüngling, der im dritten Lebensjahr an einer infantilen Paralyse erkrankte, die einen linksseitigen Pes equino-varus zurückließ und der seit etwa 18 Monaten zweimal von einer ganz ausgesprochenen Parese der Beine, mit deutlicher Atrophie und fast völliger Bewegungsunfähigkeit, gleichzeitig auch von einer leichten Parese der Arme befallen wurde, das ganze auf poliomyelitische Attacken zurückgehend.

H. Netter (Pforzheim).

P. Teissier und **L. Kindberg,** Untersuchungen über die Tuberkulinreaktion während der Masern. (Compt. rend. hebdom. Soc. de Biol. 1911. 27. Mai.) Von 178 Masernfällen zeigte während der Dauer des Ausschlages niemals einer eine positive Kutireaktion. In 31 Fällen wurde sie, negativ während der Masern, 3—4 Tage nach Beendigung des Ausschlages positiv (20 Mal handelte es sich um Kinder von 1—10 Jahren, 8 Mal um Kranke von 10—20 Jahren). Die klinische Untersuchung wies geringfügige Änderungen der Lunge nach: leichte Schalldämpfung über der Spitze, rauhes Atmen. In der Mehrzahl der Fälle ergab die Durchleuchtung einen charakteristischen peribronchialen Schatten. Drei Fälle sind besonders interessant: die Kutireaktion, negativ während der Masern, wurde nach Ablauf der Masern bei einem $2^1/_2$jährigen Kind mit Tuberkulose des Tarsus und einem 23jährigen Mädchen mit Tumor albus des Knies positiv.

Bei einem 10 monatigen, masernfreien, aber mit dem masernkranken Zwillingsbruder in das Krankenhaus eingetretenen Kind war die Reaktion positiv; es erkrankte an Masern, und die Reaktion wurde negativ, um positiv zu werden, als das Kind das Hospital verließ.

Weiterhin wurde konstatiert, daß in gewissen Fällen das Serum von Masernkranken die Wirkung des Tuberkulins abzuschwächen scheint. H. Netter (Pforzheim).

Dutilleul und **Bonn**, Ein Fall von tödlicher Vergiftung nach Genuß einer Mohnköpfchen-Abkochung. (Journ. de méd. de Paris 1911. Nr. 2.) Einem 4 monatigen Kind wurde im Lauf einer Woche ein Liter dieses, im Norden Frankreichs noch immer beliebten Schlafmittels des Hausarzneischatzes gegeben. Nach dem Ergebnis der Sektion wurde das Bestehen einer der gewöhnlichen Kinderkrankheiten ausgeschlossen. Die anatomische Beschaffenheit des Blutes, der Lungen und des Gehirns war die wie bei der Opiumvergiftung. Aus den Eingeweiden ließen sich 3 mg Morphium gewinnen. H. Netter (Pforzheim).

Durante, Ein Fall von kongenitaler, durch Darmperforation komplizierter Peritonitis. (Compt. rend. Soc. d'Obstétr. de Paris 1911. 15. Juni.) D. hatte Gelegenheit, die Autopsie eines Kindes zu machen, das Erscheinungen einer chronischen Peritonitis bot. Mehrere Darmschlingen waren zu drei Lappen zusammengebacken, die bei oberflächlicher Betrachtung an Gehirnwindungen und Lappen erinnerten, ferner war eine Darmperforation vorhanden.

Die histologische Untersuchung zeigte eine Infiltration der Darmwand durch miliare Gummata, die in der dem Mesenterialansatz gegenüberliegenden Hälfte saßen. Mukosa und Submukosa erschienen gesund. Das Peritoneum ist fibrös, sehr verdickt, wenig infiltriert, die Leber enthielt ebenfalls miliare Gummata. H. Netter (Pforzheim).

Smith, Bericht über einen Fall von Vulvadiphtherie bei einem 3jährigen Kind. (New York med. Journ. 1911. 7. Januar.) Der Krankheitsprozeß blieb auf die äußeren Genitalien beschränkt. Der Träger des Ausschlagsstoffes dürfte das Handtuch eines diphtheriekranken Kindes gewesen sein. H. Netter (Pforzheim).

J. F. Torpey, Primäre Orchitis und sekundäre Parotitis. (Journ. of the Amer. med. Assoc. 1911. Nr. 10. 11. März). Ein 18jähriger erkrankte am 3. Dezember 1910 mit Schmerzen im linken Hoden, bei einer Temperatur von 38,5 und einem Puls von 90. T. findet keine Spur von Parotitis, von Syphilis, von Gonorrhoe, von Tuberkulose, keinen Anhaltspunkt für ein früher stattgehabtes Trauma.

Der linke Hoden war äußerst empfindlich, gespannt, etwa zweimal größer als normal. T. glaubt, daß der Kranke eine leichte, ganz unbemerkt vorübergegangene Attacke von Parotitis gehabt und daß die gegenwärtige Orchitis nur deren Folge ist. Diese letztere besserte sich übrigens bei der üblichen Behandlung sehr schnell.

6 Tage später begann der rechte Hoden größer zu werden, und bald übertraf er den linken.

Nach 7 Tagen war der Kranke geheilt, als er von einer leichten Anschwellung in der Parotisgegend befallen wurde, die von lebhaftem Schmerz begleitet war.

Es handelt sich also um eine Erkrankung an Parotitis, mit umgekehrter Folge der Metastasen.

Nebenbei bemerkt, ist dieser Fall nicht, wie T. meint, der einzige in seiner Art. Steiner, wohl der erste und einzige Autor, der Hodenmumps bei einem Säugling auftreten sah, beobachtete in einer Familie zunächst am Vater eine Orchitis, darauf bei der Mutter eine Parotitis und endlich bei deren Kind ebenfalls eine Orchitis, und zwar war beim Kind ebenso wie beim Vater die Hodenentzündung der primäre Sitz der Erkrankung. H. Netter (Pforzheim).

J. E. R. Mc. Donagh, A contribution of our knowledge of the Naevo-Xantho-Endotheliomata. (British Journ. of Dermat. März 1912.) Die fünf zur Beobachtung gekommenen Kinder zeigten teils bei der Geburt, teils in frühem Lebensalter verschieden große, manchmal schmerzhafte Schwellungen, welche durch eine sogleich oder später erscheinende gelbe Färbung verdächtig waren. Stets trat, wenn auch nach jahrelangem Bestehen, eine spontane Heilung ein. Ursächliche viszerale Störungen bestanden nicht, man hatte den Eindruck nicht-entzündlicher Neubildungen. Die sehr eingehende, in der Arbeit ausführlich beschriebene mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Tumoren Naevi von endotheliomatösem Charakter waren. Durch eine heftige Degeneration, welche in den Zellen während ihrer Auflösung vor sich ging, wurde ein dem Xanthom gleichender Zustand geschaffen. D. findet die exakteste Bezeichnung der Affektion in dem Namen Naevo-Xantho-Endotheliomata. Max Joseph (Berlin).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Sitzung vom 20. Oktober 1911.

(Nach der Münchener med. Wochenschrift.)

Seitz: **Führung durch die pädiatrische Abteilung der Poliklinik.**

Seitz berichtet über den momentanen Stand der Frage „**Hebammenausbildung in Säuglingskunde**".

Forell: **Über gehäuftes Vorkommen von Endokarditis bei Kindern.** F. berichtet über gehäuftes Auftreten von akut entzündlichen Herzerkrankungen. Im Laufe weniger Tage erkrankten im Juni dieses Jahres benachbart wohnende Kinder im Alter von $2^1/_2$—10 Jahren, darunter zwei Geschwisterpaare, an einer mit heftigen Allgemeinerscheinungen einsetzenden, dunklen Infektion, welche in 3 Fällen zu Myokarditis, in 2 Fällen zu Endomyokarditis und in je einem Fall zu Endokarditis bzw. Pericarditis exsudativa führte. Der Verlauf der Erkrankung, der für alle Fälle ein relativ günstiger war, deckte keine weitere Lokalisation der Infektion im Körper auf. Über die Ätiologie dieser örtlich und zeitlich und als primäre Herzerkrankungen zu einer Gruppe zusammengehörenden Fälle gab die

bakteriologische Untersuchung (Blutaussaat, Untersuchung des Rachensekretes) keinen Aufschluß. Flüchtige rheumatische Erscheinungen, die in zwei, choreatiforme Bewegungen, die in einem Falle angedeutet waren, und der Verlauf der Perikarditis, die ganz den Charakter der rheumatischen hatte, lassen in erster Linie an eine rheumatische Infektion denken.

Diskussion: Seitz, Trumpp, Forell (Schlußwort).

Mennacher demonstriert:

a) Bilder, Blutbefund, anatomische und mikroskopische Präparate eines 4 Jahre lang beobachteten Falles von **echter Leberzirrhosis**, wahrscheinlich auf luetischer Basis, kompliziert durch eine Fütterungstuberkulose und Myxoedem fruste.

b) Kurven und Blutpräparate von drei Geschwistern, die im Alter von 5—13 Jahren an **Malaria tropica** erkrankt waren. Allmähliche Heilung von laktovegetabiler Diät ohne Chininbehandlung.

Sitzung vom 17. November 1911.

Vor der Tagesordnung demonstriert Spanier ein luetisches Kind mit **operierter Spina bifida**, konsekutiven Krämpfen und akutem Hydrozephalus.

Tagesordnung. Lange: **Was muß der Kinderarzt von der Orthopädie wissen?** (Mit Demonstrationen und Projektionen.) L. bespricht die Pathologie und gesamte Therapie von Plattfuß, Klumpfuß, O- und X-Beinen, angeborener Hüftgelenksluxation, Coxa vara, Koxitis, Poliomyelitis, rundem Rücken (Kyphose), Skoliose, Spondylitis tuberculosa.

Sitzung vom 15. Dezember 1911.

Klar: Demonstration eines Falles von **Syndaktilie mit partiellem Riesenwuchs**.

Fromm: a) **Progressive Paralyse** bei einem 16jährigen Knaben.

b) **Kongenitale Herzhypertrophie** (11 monatiges Kind).

Benjamin und Goett: **Zur Deutung des Thoraxradiogramms beim Säugling.** Von Hochsinger wurde ein den an und für sich schmalen Herzhals meist nach rechts, aber auch nach links verbreiternder Schatten im Thoraxröntgenbild des Säuglings als Thymus identifiziert, da er ihm konstant bei Kindern mit angeborenem Stridor begegnete, und da Hochsinger den Stridor auf eine Thymushyperplasie zurückführt.

Unter Vorweisung zahlreicher Röntgenbilder wird gezeigt, daß es sich bei diesem Schatten im Säuglingsthorax um nichts Pathologisches handelt; denn sein Vorkommen wurde bei vielen völlig gesunden Kindern ohne jeden Stridor beobachtet.

Überhaupt scheint der Schatten mit dem Thymus nichts zu tun zu haben, da erstens bei zwei derartigen, bald nach der Röntgenaufnahme zur Obduktion gekommenen Fällen der Thymus nur 20 bzw. 3 g wog, und da zweitens der Schatten bei ein und demselben Kind innerhalb kürzester Zeit bald vorhanden sein, bald fehlen kann. Am besten läßt sich diese mit der Atmung parallel gehende Verschiebung auf dem Röntgenschirm beobachten: bei der Inspiration nämlich ragt der Schatten weit ins rechte Lungenfeld hinein, bei der Exspiration (Schreien) verschwindet er am Wirbelsäulenrand. Die Vortr. deuten nach alledem den Schatten als den der großen Hohlvenen (Vena cava sup.), weil diese bei der Inspiration sich anfüllen und an der Stelle des bewußten Schattens sichtbar werden müssen. Der Säugling verhält sich also in dieser Beziehung anders wie der Erwachsene, vielleicht deshalb, weil bei letzterem die Thoraxform eine andere ist, das Zwerchfell tiefer und das Herz stärker geneigt steht.

Benjamin: Demonstration einer **Herzverlagerung beim Säugling** (infolge von Agnesie der rechten Lunge oder kongenitaler Bronchiektasie?).

Schneider: Mitteilung betr. **kruppöse Pneumonie**, kompliziert durch hämorrhagische Nephritis.

Seitz: Mitteilung betr. **Hebammenunterricht in Säuglingskunde.** Der bayrische Obermedizinalausschuß hat in seiner Sitzung vom 11. Dezember 1911 die Forderungen der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde:

> es möchten die Schülerinnen in der Art, wie die Frauen zum Stillen anzuleiten und anzuhalten sind, in der Pflege des gesunden Säuglings und in der rechtzeitigen Erkennung kindlicher Gesundheitsstörungen praktisch und theo-

retisch durch einen Fachmann in einer modernen Säuglingsanstalt unterrichtet werden,

angenommen. Diese Punkte sollen auch in der Prüfung berücksichtigt werden, die auch durch einen Fachmann erfolgen soll; ein solcher gibt auch einschlägigen Unterricht in Wiederholungskursen.

Sitzung vom 19. Januar 1912. Hauptversammlung.

Zum 1. Vorsitzenden wurde gewählt: Dörnberger; zum 2. Vorsitzenden: Hecker; zum Schriftführer: Uffenheimer; zum Kassenwart: Adam.

Georg Meyer demonstriert einen Fall von **Situs inversus totalis** mit Röntgenbild.

Siebert demonstriert einen Fall von **hereditärer Lues.**

J. Meyer-Berlin (a. G.): **Weitere Beiträge über die Frage der Schalllokalisation; Untersuchungen an Säuglingen und Tieren.** M. hat sich mit der Physiologie der Schalllokalisation (d. i. der Fähigkeit, die Richtung einer Schallquelle festzustellen) besonders beschäftigt und untersucht, wann und in welcher Weise diese Eigenschaft beim Säugling sich entwickelt. Zur Kontrolle wurden junge Tiere (Raubtiere, Elefanten, Bären, Affen, Schafe u. a. m.) untersucht, und sodann ein großes Material älterer Tiere aus zoologischen Gärten genau beobachtet.

Bisher sind über diese Frage exakte, mit den notwendigen Kautelen ausgeführte Versuche nicht angestellt worden, so daß M. zu Resultaten gelangt ist, welche mit den bisherigen nicht vergleichbar sind. Untersucht wurden 47 menschliche Säuglinge, 16 ältere Kinder, etwa 100 Tiere, 9 Tiersäuglinge. Alle diese Einzelbeobachtungen stellen jedoch nur Anfänge vor, M. hält es für sehr erwünscht, daß Neurologen, Otologen, Pädiater, Zoologen an einem größeren Material seine Resultate systematisch nachuntersuchen, da nach seinem Erachten das Lokalisationsvermögen vielleicht einmal ein für Diagnose und Prognose mancher Hirn- und Ohrenkrankheit wichtiges Symptom bilden dürfte.

Kurz zusammengefaßt, haben sich bei den Untersuchungen folgende Resultate ergeben:

1. Menschliche Säuglinge. a) Sie erkennen die Schallquelle frühzeitiger, wenn es sich um Töne, Geräusche u. dgl. m. handelt, welche ihnen bekannt sind, ein gewisses Interesse oder eine Erinnerung wecken, als solche, die ihnen fremd sind. b) Zeitlich entwickelt sich das Lokalisationsvermögen früh: 1. bei gesunden Säuglingen (3.—4. Monat) früher als bei kranken Kindern (5.—6. Monat); jedoch sind Kinder individuell zu verschieden, um ganz genau das Auftreten gewisser Eigenschaften zu fixieren. 2. Kinder, die stets von allen lauten Geräuschen ferngehalten, von derselben Mutter oder Amme stets genährt oder gepflegt worden sind, reagieren und lokalisieren eher als Kinder aus geräuschvollen Anstalten. c) Brustkinder scheinen früher das Lokalisationsvermögen zu erwerben als künstlich genährte Säuglinge. d) Bei gewissen Geistes- und Nervenkrankheiten scheint das Lokalisationsvermögen verloren zu gehen. Diese noch offene Frage wäre wohl einer systematischen Untersuchung an größerem neurologisch-psychiatrischen Material wert. e) Der Sitz des Lokalisationsvermögens scheint nicht das Ohr (speziell inneres Ohr) zu sein, sondern sich im Gehirn (wahrscheinlich nicht Kleinhirn) zu befinden; sein spätes Auftreten ist wahrscheinlich durch das Fehlen der Markhüllen der Nervenfasern im Gehirn bedingt. Das Lokalisationsvermögen ist sicherlich eine Funktion des binauralen Hörens, denn es entwickelt sich aus dem Gehörvermögen heraus; die beiden Fähigkeiten gehen allmählich ineinander über, indem das Hören, das Reagieren auf Schalleindrücke, die einfache Funktion des inneren Ohres ist, das Lokalisationsvermögen dagegen ein Bemerken, Verknüpfen, Beurteilen von Eindrücken darstellt.

2. Tierische Säuglinge. Die Entwicklung des Lokalisationsvermögens geht bei jungen Tieren genau so vor sich wie bei Kindern. Sämtliche Stadien der Entwicklung konnten an jungen Hunden, Bären, Elefanten, Somalischafen, Raubtieren verfolgt werden.

Anhang. Ältere Tiere. Abgesehen von älteren Tieren, welche überhaupt nicht hören, wurde von allen Tieren auf Geräusche und Töne reagiert, meist auch lokalisiert. Am schärfsten lokalisieren Raubtiere, Elefanten, Hunde, dann andere Tiere, wie Bären, weniger gut Pflanzenfresser (Schaf, Angorahase). Alle Details, die besonders Otologen interessieren, sind in der demnächst erscheinenden

Arbeit (Urbantschitsch' Monatsschrift f. Ohrenheilkunde) nachzulesen. In derselben ist auch die Versuchsanordnung, sowie die vorliegende Literatur zur Physiologie und Pathologie des Lokalisationsvermögens angegeben.

Vereinigung Sächsisch-Thüringischer Kinderärzte.

Sitzung in Leipzig am 10. Dezember 1911. (Offizielles Protokoll.)

Vorsitzender: Soltmann; Schriftführer: Hohlfeld.)

(Nach der Deutschen med. Wochenschrift.)

1. Tillmanns (Leipzig): a) **Schwere Bantische Krankheit, im dritten Stadium laparotomiert.** — b) **Eine fast faustgroße, rechtsseitige, gangränöse Ovarialgeschwulst mit Stieldrehung.** — c) **Ovarialzyste.** — d) **Atresia ani congenita mit angeborenem Megakolon** (Hirschsprungsche Krankheit). — e) **Ungewöhnlich große Hernia cerebri occipitalis congenita.** — f) **5,2 cm lange Kornähre in der rechten Lunge.** — g) **Fremdkörper in der Lunge.** — h) **Ein Diverticulum congenitum des unteren Teiles des Oesophagus** (sogen. Vormagen, Antrum cardiacum).

a) Das 11jährige Mädchen war am 20. Mai 1911 auf die medizinische Abteilung der Universitätskinderklinik aufgenommen worden und wurde dann am 21. Juli 1911 behufs Operation auf die chirurgische Abteilung verlegt. Anfangs hatte die Diagnose geschwankt zwischen tuberkulöser Peritonitis und Lues. Die Pirquetsche Impfung war mehrfach negativ, ebenso die Wassermann-Reaktion; Salvarsan wurde erfolglos gegeben. Bei der Aufnahme des Kindes auf die chirurgische Abteilung bestand ein enormer Milztumor, eine beträchtliche Vergrößerung der Leber, der früher vorhanden gewesene Ascites war nicht mehr nachweisbar, zeitweilig wurden Erbrechen und Durchfälle mit Fieber beobachtet; im Harn Eiweiß und Zylinder, zunehmende Anämie und Kachexie. Der Blutbefund war ganz charakteristisch für Bantische Krankheit: Oligozythämie, Oligochromämie, hochgradige Leukopenie, prozentuale Vermehrung der einkernigen Leukozyten, Poikilozytose geringeren Grades, sehr geringe Zahl der kernhaltigen Erythrozyten. Bei der Laparotomie mußte von der beabsichtigten Splenektomie wegen hochgradiger Entwicklung und Brüchigkeit der venösen Gefäße und wegen ausgedehnter Verwachsungen der Milz abgesehen werden, es wurde daher als Ersatz die Talmasche Operation ausgeführt. Der freie Rand des Netzes wurde in seiner ganzen Ausdehnung zum Teil unter Taschenbildung nach Narath an der vorderen Bauchwand angenäht. Es erfolgte reaktionslose Heilung, das Kind war bereits am 15. August außer Bett und wurde am 15. September 1911 mit bereits verkleinerter Milz und Leber, mit günstigerem Blutbefund, normalem Urin und gutem Allgemeinbefinden als wesentlich gebessert entlassen. Im Monat September bis Anfang Dezember wurden dann noch fünf Röntgenbestrahlungen vorgenommen. Gegenwärtig ist der Blutbefund bezüglich der Zahl der Leukozyten und Erythrozyten normal, nur der Hämoglobingehalt ist noch etwas verringert, die Milz ist außerordentlich verkleinert, die Leber ist nicht mehr vergrößert, es besteht kein Ascites, der Harn ist ohne Eiweiß und Zylinder. Tansini hat einen Fall von Bantischer Krankheit ebenfalls durch die Talmasche Operation geheilt.

b) $2^3/_4$ Jahre altes Mädchen mit der Diagnose Appendicitis acuta und diffuser eitriger Peritonitis und Ikterus am 4. Erkrankungstage in hoffnungslosem Zustande am 12. August 1910 aufgenommen. Tod am 3. Tage nach sofort vorgenommener Laparotomie (Entfernung der entzündeten Appendix, Drainage der Bauchhöhle, der durch Stieldrehung gangränöse Ovarialtumor wurde erst bei der Sektion gefunden). Der wahrscheinlich teils solide, teils zystöse Ovarientumor ist nicht aufgeschnitten und nicht histologisch untersucht worden, um das Präparat in toto zu erhalten.

c) 12jähriges Mädchen. Bei der Operation der fast mannskopfgroßen rechtsseitigen Zyste fand sich in der Wand eingelagert teratoides Gewebe und ein etwa

15 cm langer, bindfadenartig gedrehter Stiel ohne Gangrän und ohne Peritonitis. Die Geschwulst konnte mit größter Leichtigkeit aus dem Becken bis unter das Zwerchfell verschoben werden. Reaktionslose Heilung nach der am 22. Juli 1911 vorgenommenen operativen Entfernung der Geschwulst.

d) 3 Tage altes Mädchen, welches 2 Tage alt wegen Atresia ani mit hochgradigem Meteorismus und Ikterus in hoffnungslosem Zustande aufgenommen wurde. Die Atresia ani wurde sofort operiert (Proktoplastik), viel Mekonium entleert, trotzdem Exitus letalis unter zunehmendem Kollaps am nächsten Tage post operationem.

e) 2 Monate altes Mädchen. In dem großen, mit seröser Flüssigkeit gefüllten Meningozelensack lag außerdem noch das Kleinhirn.

f) 3 jähriges Mädchen, welches wegen chronischer katarrhalischer Pneumonie anfangs auf die medizinische Abteilung der Universitätskinderklinik aufgenommen wurde, dann aber wegen Erscheinungen von Lungengangrän und Empyem der rechten Pleura auf die chirurgische Abteilung verlegt wurde. Thorakotomie mit Resektion der achten und neunten rechten Rippe. Als Ursache des Empyems fand sich ein in die Pleura durchgebrochener rechtsseitiger Lungenabszeß, welcher mittels des Paquelin breit gespalten und kauterisiert wurde. Das bereits sehr heruntergekommene Kind starb $2^1/_2$ Monate nach der Operation unter zunehmender Lungengangrän, Hämoptoë und sekundären (metastatischen) Abszessen in der Glutäalgegend. Die Sektion ergab als überraschende Ursache der ausgedehnten rechtsseitigen Lungengangrän eine 5,2 cm lange Kornähre. Die Eltern des Kindes konnten nicht angeben, wann und auf welche Weise die Kornähre in die rechte Lunge gelangt war.

g) Glückliche Entfernung einer 3,1 cm langen, abgebrochenen Punktionsnadel aus der linken Lunge durch Thorakotomie und Aspiration einer Messingzwinge in den linken Bronchus eines 2 jährigen Mädchens, welche nach 4 Jahren plötzlich bei einem heftigen Hustenanfall ausgehustet wurde. Krankhafte Erscheinungen der Lunge hatte die Messingzwecke nicht verursacht.

h) $1^1/_2$ jähriges Mädchen, das am 4. Januar 1910 wegen seit 3 Wochen bestehenden unstillbaren Erbrechens und dadurch bedingter hochgradigster Abmagerung in hoffnungslosem Zustande aufgenommen wurde. Durch Röntgenphotographie wurde festgestellt, daß ein von dem behandelnden Arzte und von den Eltern vermuteter Fremdkörper nicht im Ösophagus vorhanden war, ferner ließ sich eine Magensonde mit Leichtigkeit in den Magen einführen. Tod am 2. Tage nach der Aufnahme infolge des hochgradigen Schwächezustandes.

2. Stöltzner (Halle): **Fibrolysin bei Lungenschrumpfung.** (S. Nr. 6.)

Diskussion: Tillmanns sah gute Erfolge nach Fibrolysininjektionen bei Narbenkeloiden, Dupuytrenschen Fingerverkrümmungen, narbigen Verätzungsstrikturen des Oesophagus und Elephantiasis der männlichen Geschlechtsorgane.

3. Plettner (Dresden): **Appendicitis.** P. demonstriert drei Wurmfortsätze, die von ihm exstirpiert wurden und die Torsion zeigen, die er als Ursache der Appendicitis ansieht.

4. Thomas (Leipzig): **Zur Einteilung der Myxödemformen.**

Diskussion: Stöltzner hat ein 22 jähriges Mädchen gesehen, bei dem alles für ein völliges Fehlen des Schilddrüsengewebes zu sprechen schien. — Tillmanns betont, daß man bei Athyreosis einen Zungenkropf nur dann exstirpieren soll, wenn man vorher funktionsfähiges Schilddrüsengewebe subkutan in die Achselhöhle, in die Bauchdecken oder in das Knochenmark der Tibia implantiert hat. — Thomas (Schlußwort) kann den Fall Stöltzners nicht als beweiskräftig ansehen, weil die histologische Untersuchung fehle.

5. Rietschel (Dresden): **Zur Technik des Stillens an der Mutterbrust während der ersten Wochen.** Immer mehr beginnt die Lehre von A. Czerny, dem wir eine Systematik der Ernährung verdanken, an populärer Verbreitung zu gewinnen, daß eine Einhaltung von fünf Mahlzeiten für das Kind vom ersten Lebenstage an genügend sei. In vielen Frauenkliniken werden Hebammen und Pflegerinnen schon streng darin erzogen. So sehr der Fortschritt der knappen Mahlzeiten anerkannt werden muß, so bestehen doch Bedenken, die Ernährung der ersten Lebenswochen normativ regeln zu wollen. Alle Arbeiten, die über die Erfolge bei fünf Mahlzeiten von der Geburt berichten, zeigen deutlich, daß die Gewichtskurve des Kindes eine schlechtere wird, und daß es unmöglich ist, daß die Kinder schon am 10. Tage ihres Lebens ihr Geburtsgewicht wieder eingeholt haben, daß

eine länger dauernde Unterernährung des Kindes nicht nur aphysiologisch, sondern auch gesundheitlich nachteilige Folgen haben kann. So ergibt die Statistik von A. Keller im Kaiserin Auguste Viktoria-Haus, daß von 150 Kindern nur etwa 11% am 10. Tage ihr Geburtsgewicht erreicht hatten. Bei Franz erreichten am 7. Tage nur 3,4% ihr Geburtsgewicht, während in der Literatur oft 70—80% und mehr angegeben werden. R. sieht die Kardinalursache des schlechteren Gedeihens dieser Kinder in der zwangsweisen Einführung der fünf oder auch sechs Mahlzeiten. Das Richtige ist eine Methode der Wahl, d. h. individuell vorzugehen, und sich nicht zu scheuen, auch achtmal anzulegen. An einer etwa 1½ jährigen Erfahrung am Dresdner Säuglingsheim sucht R. diesen Satz zu beweisen. Er hat stets die eine Amme fünfmal ihr Kind anlegen lassen, die nächste achtmal. Nach 8 Tagen wurde gewechselt. Stets ergab sich, daß ein öfteres Anlegen die Quantität der Tagesmenge steigerte, für viele Kinder brachte erst das öftere Anlegen die erwünschte Zunahme. Nahm das Kind bei fünf Mahlzeiten gut zu, so war mit mehrmaligem Anlegen meist kein Vorteil zu sehen, im Gegenteil, das Kind trank eher zu viel. Indessen brauchte die Mehrzahl der Kinder ein öfteres Anlegen als fünfmal, so daß R. eine Gefahr in der rigorosen Forderung der fünf Mahlzeiten besonders bei Pflegerinnen und Hebammen sieht, ja die Milchsekretion kam meist besser in Fluß, wenn im Anfang mehrmals angelegt wurde. Gedeiht das Kind, so muß versucht werden, auf knappere Mahlzeiten zurückzukommen, was auch meist gelingt. Die Erfahrungen gelten natürlich nur für das Dresdener Material und dürfen zunächst nicht verallgemeinert werden; es ist aber wahrscheinlich, daß sie auch für Mitteldeutschland und Norddeutschland Gültigkeit haben. Mit dem gut stillenden Material des Prager Findelhauses, an dem Czerny seine Erfahrungen sammelte, sind sie nicht zu vergleichen.

Diskussion: Soltmann glaubt, daß man in den ersten 14 Tagen öfter anlegen müsse, um die Sekretion in Gang zu bringen. — Taube, Flachs und Stöltzner stimmen den Ausführungen des Vortr. zu. — Hohlfeld meint, daß es nicht so sehr darauf ankomme, die Nahrung zu finden, bei der die Kinder am schnellsten ihr Anfangsgewicht erreichten, sondern die, bei welcher am wenigsten Störungen aufträten. Das sei nach seiner Erfahrung der Fall, wenn man den Grundsätzen Czernys folge. Daß dabei, wie in der Heilkunde überhaupt, zu individualisieren sei, sollte nicht besonders betont zu werden brauchen. — Risel steht im wesentlichen auf dem gleichen Standpunkt wie Hohlfeld. — Rietschel (Schlußwort) betont, daß selbstverständlich die Frage eine zu wichtige sei, um schon jetzt Folgerungen für die Praxis zu ziehen; es müßten erst noch weitere Untersuchungen abgewartet werden. Wenn Hohlfeld allerdings jede Dyspepsie an der Brust als eine Ernährungsstörung ansieht und die Nahrung einschränken will, so ist R., durch klinische Beobachtung veranlaßt, anderer Meinung. Es gibt auch Hungerdyspepsien, die auf Zufuhr von Nahrung zurückgehen. Zuzugeben ist, daß ein Teil der Kinder auf eine etwas erhöhte Zufuhr von Nahrung etwas flüssigere Stühle bekommt, doch hat R. keine Veranlassung gehabt, diese Stühle als etwas Gefährliches zu betrachten, denn sie verschwinden ausnahmslos bei längerem Stillen oder auch bei Übergang zur Flasche, vorausgesetzt, daß es sich um ein gesundes Kind handelt. (Schluß folgt.)

III. Therapeutische Notizen.

Über Jodglidine schreibt Dr. Georg Flatau (Berlin): „In der Nervenklinik haben wir seit längerer Zeit bei den für die Jodtherapie in Frage kommenden Patienten, namentlich da, wo es auf Schonung von Magen und Darm und Vermeidung von Nebenerscheinungen ankam, das jodierte Pflanzeneiweiß Jodglidine als Jodpräparat angewandt und sind mit den Ergebnissen — wir haben keinerlei Jodismus bemerkt — recht zufrieden. Jodglidine eignet sich, wie es scheint, ganz besonders für solche Fälle, wo es auf eine längere, gleichmäßige Jodwirkung ankommt. Die günstigen Erfahrungen mit diesem Präparate veranlaßten uns, auch die anderen Glidinepräparate, vor allen Dingen Ferro-Glidine und Arsan

(As-Glidine) durchzuprüfen, und zwar besonders bei Anämien, Chlorose, allgemeiner Schwäche und Erschöpfung, herabgesetzter Ernährung und funktionellen Nervenerkrankungen. Die Störungen, die sich bei empfindlichen Patienten nach Darreichung der Fowlerschen Lösung namentlich in den Verdauungswegen zeigen, waren bei Arsan nicht zu beobachten. Besonders günstige Ergebnisse hatten wir, als wir Ferro-Glidine und Arsan kombinierten und mit einer Tablette Arsan immer zwei Tabletten Ferro-Glidine zusammen nehmen ließen. Die günstigen Ergebnisse zeigten sich in Zunahme des Appetits, Gewichtsvermehrung."

(Fortschritte d. Medizin. 1912. Nr. 16.)

Lecin wurde auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden mit der silbernen Staatsmedaille ausgezeichnet. Die Lecinpräparate werden auf Grund deutscher und ausländischer Patente seit mehreren Jahren von Dr. E. Laves (Hannover) hergestellt und haben sich in ärztlichen Kreisen schnell Anerkennung und Vertrauen erworben, derart, daß jetzt nach 5 Jahren ihres Bestehens täglich in Deutschland gegen 1000 Flaschen Lecin verbraucht werden. Lecin, eine Lösung von Eiweiß-Eisen mit Lecithin-Phosphorsäure, gehört nach allgemeinen ärztlichen Urteilen zu den wirksamsten Eisenmitteln, wird gut vertragen, gern genommen und ist sehr wohlfeil. Die anregende Wirkung des organisch gebundenen Eisens und Phosphors auf den Appetit und die Nerventätigkeit verleihen den Lecinpräparaten den Vorzug vor anderen Eisenmitteln, wenn bei Blutarmen diese Funktionen darniederliegen. Lecin wird in Lösung und in Tablettenform hergestellt, ferner in schwach arsenhaltiger Lösung (Arsa-Lecin) und schließlich gemischt mit einem Auszuge aus Chinarinde (welcher 2% ihres Gewichtes Strychnossamen beigefügt ist) (China-Lecin).

Syrgol bei Vulvovaginitis gonorrhoica kleiner Mädchen hat Dr. Tièche (Zürich) mit bestem Erfolge benutzt. Schon nach 20 Tagen fanden sich keine Gonokokken mehr. Es wurden täglich Injektionen von 10 ccm ½%iger Lösung gemacht nebst einer Spülung mit Borwasser täglich.

(Korrespond.-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1912. Nr. 5.)

Die medikamentöse Behandlung der Pertussis. Von Dr. Hirschberg (Berlin-Fichtenau). In der Arbeit heißt es: Mit Genehmigung der Fabrikanten, der chemischen Fabrik Goedecke & Co. (Berlin), bringt die Kaiser-Friedrich-Apotheke in Berlin eine 4%ige wäßrige Pyrenollösung unter dem Namen „Bronchisan" in den Verkehr, die, durch Thymian und Succus Liquirit. und Geschmackskorrigentien unterstützt, die Wirkung des Pyrenol noch erhöht. Ich habe in einer großen Anzahl von Fällen — die Krankengeschichten aufzuführen würde zu weit führen — selbst bei kleinsten Kindern Bronchisan angewandt, indem ich mehrmals täglich ½—1 Teelöffel (bei Erwachsenen 1 Eßlöffel) nehmen ließ. Die Erfolge haben meine Erwartungen erfüllt. Die Krampfhustenanfälle milderten sich zusehends, auch nahm ihre Zahl von Tag zu Tag ab. Der Schleim ward lockerer und gelber, undurchsichtiger. Die zyanotische Verfärbung änderte sich bald, und auch die Erstickungsanfälle ließen nach. Das Erbrechen hörte auf, und es ließ sich eine ständige Zunahme des Gewichtes feststellen. Der konvulsivische Charakter war nach etwa 16—20 Tagen verschwunden, und die stürmischen Anfälle hatten einem gleichmäßigen Husten Platz gemacht, welcher nach und nach ganz verschwand. In den allermeisten Fällen habe ich narkotische Mittel völlig weglassen können. Die Patienten nehmen Bronchisan gern ein; bei überempfindlichen Patienten ließ ich es in kalter Milch reichen. Besonderen Wert legte ich darauf, daß das Mittel nach völligem Aufhören der Hustenanfälle noch wenigstens 14 Tage 2—3 mal täglich genommen wurde. Dies konnte um so mehr geschehen, als ja Pyrenol — der wirksame Hauptbestandteil des Bronchisan — ungiftig ist und sowohl weder auf Herz und Nieren noch auf den Verdauungstraktus einen schädlichen Einfluß ausübt, im Gegenteil tonisierend und appetitanregend wirkt und das Allgemeinbefinden günstig beeinflußt. Komplikationen konnte ich glücklicherweise nicht beobachten, dagegen zeigte sich in einigen Fällen, wo die Patienten bereits katarrhalische Entzündungen der feineren Bronchien aufwiesen, bald eine wesentliche Abnahme des Fiebers und Herabsetzung des beschleunigten Pulses. Die öfters starke Dyspnoe ließ bald nach. In einigen Fällen, wo ich den Verdacht auf vorliegende Pertussis hegte, gelang es mir, durch Bronchisan die Expektoration zu erleichtern und die Pertussis zu kupieren. Wenigstens konnte ich ein Stadium convulsivum nicht mehr beobachten. Ich kann daher nur empfehlen,

schon in den Fällen, wo eine genaue Diagnose noch nicht möglich ist, der Verdacht einer Pertussis aber vorliegt, oder bei Bronchialkatarrhen Bronchisan als Prophylaktikum anzuwenden. Zweifellos wird hiermit eine wesentliche Besserung erzielt werden, da ja Pyrenol nach meinen und einer Reihe anderer Beobachtungen das Bronchialsekret verflüssigt und den starken Hustenreiz mildert."

(Deutsche Ärzte-Ztg. 1911. Nr. 24.)

Erfahrungen mit Tannismut bei Darmkatarrhen der Kinder. Von Dr. A. Soucek (Abteilung für Kinderkrankheiten der Wiener Allgem. Poliklinik). Tannismut gelangt in Pulverform und in Tabletten zur Ausgabe. Die Tabletten à 0,5 g sind ganz wohlschmeckend (Schokoladengeschmack) und werden daher von größeren Kindern gern genommen. Das Tannismutpulver ist hellbräunlich, leicht säuerlich schmeckend und ähnelt darin dem Tannigen oder Tannalbin. Es kann mit Tee oder irgendeiner Flüssigkeit auch ganz jungen Kindern verabreicht werden. Zur Behandlung mit diesem Präparat bzw. zu längerer Beobachtung kamen 30 Fälle von Darmkatarrhen bei Kindern, und zwar waren 12 davon unter einem Jahr, das jüngste war 10 Wochen alt, der Rest stand im Alter von einem Jahr bis zu 13 Jahren. Alle diese Patienten erhielten außer den entsprechenden Diätvorschriften noch drei bis sechs Tannismutpulver à 0,25 g oder zwei bis drei Tannismuttabletten à 0,5 g. Es waren Patienten mit nicht zu großer Störung des Allgemeinbefindens, auch befand sich kein Fall von Cholera infantum darunter, bei welchen Formen wir ja vor allem auf die Behandlung der Intoxikationserscheinungen Wert legen müssen. Alle Fälle kamen nach kürzerer oder längerer Behandlung zur Heilung, die Mehrzahl nach halb- bis ganzwöchentlicher Tannismutdarreichung, einzelne Fälle zeigten oft schon am 2. Tage wieder normale Stühle, einzelne erst nach 3—4 wöchentlicher Darreichung, so ein besonders hartnäckiger Fall, der trotz strengster Diät und ständiger Tannismutbehandlung doch nur langsam nach mehreren Wochen ausheilte. Sehr oft waren am 2. Behandlungstage schon die Stühle seltener und fester, am 3. oder 4. Tage trat dann eventuell eine im übrigen aber bedeutungslose Obstipation auf, wie wir es ja auch sonst oft nach Diarrhöen zu sehen gewohnt sind, oder es waren ein bis zwei normal geformte, etwas dunkler gefärbte Stühle. Wenn man auch in vielen Fällen vielleicht durch entsprechende Nahrungsmaßnahmen allein ein ähnliches Resultat erzielt hätte, so hat S. dennoch den Eindruck gewonnen, daß der Heilungsvorgang durch die gleichzeitige Tannismutanwendung wesentlich abgekürzt wurde. So traten z. B. in mehreren Fällen bei Aussetzen dieses Medikamentes sofort wieder häufigere und dünnere Stühle auf. (Therapie d. Gegenwart. April 1912.)

Lebertran und Rizinusöl in neuer, schmackhafterer Form. Darüber schreibt Dr. Scotti, Kinderarzt in Berlin: „Der Fischlebertran behauptet trotz der vielen Ersatzpräparate immer noch seine souveräne Stellung in der Behandlung der Rachitis und Skrofulose, und nur ungern läßt der Arzt davon ab, wenn übermäßiger Widerwillen oder Ekel von seiten der Kinder die Anwendung kontraindiziert. Es gibt ja eine Anzahl von Zubereitungen des Lebertrans, die den tranigen, widerwärtigen Geschmack verdecken sollen. Aber eine Kostprobe genügt, um feststellen zu können, daß es mit dem „guten Geschmack" auch bei den sogen. „gutschmeckenden Lebertranen" im allgemeinen nicht weit her ist. Erst in dem von der Firma Vial & Uhlmann herausgebrachten Präparat „Gadiol", das nach Angabe der Fabrikanten aus reinem Lebertran durch Versüßung und durch Zusatz völlig unschädlicher, aromatischer Essenzen hergestellt wird, ist, wie ich mich durch eigene Kostproben und zahlreiche Versuche überzeugen konnte, in der Tat der Geschmack gut korrigiert und der vielen unangenehme Geruch gedeckt. Ich habe das Mittel bei etwa 20 Kindern versucht und den Eindruck gewonnen, daß das Gadiol eine zweckmäßig verbesserte Form des Lebertrans darstellt. Es wurde stets gerne genommen und hatte weder das geringste Aufstoßen noch Erbrechen zur Folge. Außerdem bedingen die aromatischen Zusätze offenbar eine leichtere Verdaulichkeit und bewirken eine Erhöhung des Appetits. Gerade bei einem derartigen Medikament ist es hinsichtlich seiner Bekömmlichkeit und Wirkung durchaus nicht gleichgültig, ob es mit Widerwillen oder mit Appetit genommen wird. Sehr wesentlich erscheint mit der Umstand, daß durch die beigefügten, die Zersetzung hemmenden ätherischen Öle nicht nur der Geschmack verbessert, sondern auch die Haltbarkeit erhöht wird. Gadiol wird daher niemals ranzig und kann infolgedessen auch im Sommer genommen werden. Das nach ähnlichen

Grundsätzen veränderte Rizinusöl „Ricilan“ von der gleichen Firma habe ich angesichts der guten Erfahrungen mit Gadiol ebenfalls praktisch erprobt. Ricilan unterscheidet sich schon äußerlich sofort durch seine mehr flüssige Konsistenz von dem dickzähen Rizinusöl. Ich habe das Ricilan stets ohne Vehikel nehmen lassen. Sein Geschmack ist gewürzig, entfernt etwas an Kümmel erinnernd. Es mag vielleicht den aromatischen Zusätzen zu verdanken sein, daß Leibschmerzen oder Blähungen bei Gebrauch des Ricilans nicht beobachtet wurden; während die Wirkung sonst derjenigen des Ol. ricini entspricht. Da auch der bittere, kratzende Nachgeschmack vollkommen beseitigt war, so nahmen selbst die empfindsamen unter meinen kleinen Patienten, die Ol. ricini nie über die Lippen gebracht hätten, Ricilan ohne wesentliche Schwierigkeit. Durch die Einführung des Ricilans ist der Arzt in der Lage, das Rizinusöl auch in allen den Fällen anzuwenden, in denen er bisher wegen des Widerwillens der Patienten gegen das reine Öl auf das bewährte Purgans verzichten mußte.“

(Klinisch-therapeut. Wochenschrift. 1911. Nr. 49.)

Erfahrungen mit Bromural in der Kinderpraxis veröffentlicht Dr. O. Schäfer (Berlin). Das Präparat leistete bei verschiedenen Affektionen (Hysterie, Epilepsie, Pavor nocturnus, Enuresis nocturna, Tickrankheit) ersprießliche Dienste.

(Therapie d. Gegenwart. März 1912.)

IV. Neue Bücher.

P. Krause und C. Garrè. **Lehrbuch der Therapie innerer Krankheiten.** II. Bd. Jena, G. Fischer. Preis: 10,50 Mk.

Wir haben bei Erscheinen des ersten Bandes dieses Werkes diesem warm empfehlende Worte gewidmet und können bei Durchsicht des zweiten Bandes, der die spezielle Therapie enthält, wiederholen, daß hier ein hervorragendes Werk vorliegt, dessen Anschaffung jedem Praktiker dringend ans Herz gelegt werden muß. Autoritäten wie Jochmann, Winternitz, v. Noorden, Matthes, Krause, Garrè, Lüthje, Anschütz, Hirsch usw. haben die einzelnen Kapitel bearbeitet. Kurz, klar, dabei auf alles Wissenswerte bedacht und lückenlos ist diese Darstellung, so daß das Werk ein ausgezeichneter Führer und Berater ist. Grätzer.

G. Peritz. **Die Nervenkrankheiten des Kindesalters.** Berlin 1912, Fischers Medizin. Buchhandlung. Preis: 15 Mk.

P. bespricht die Nervenkrankheiten, welche fast ausschließlich dem Kindesalter eigen sind, oder die eine besondere Farbe dadurch bekommen, daß sie das noch unfertige Zentralnervensystem des Kindes betreffen. Er schildert zunächst — die ersten Kapitel beschäftigen sich mit dem kindlichen Zentralnervensystem, der allgemeinen Symptomatologie und der Lumbalpunktion — die infantile Zerebrallähmung, dann die familiären, hereditären und kongenitalen Erkrankungen sowie die entzündlichen, geht zu den Neurosen über, zu den Erkrankungen als Folge von Funktionsstörungen der Drüsen mit innerer Sekretion, um zuletzt die angeborenen Defektpsychosen einer Besprechung zu unterziehen. Die Ausdrucksweise P.s ist klar und präzis; man merkt überall das Bestreben, den Bedürfnissen des Praktikers zu entsprechen und das für die Praxis Wichtige besonders hervorzuheben. 101 Abbildungen, zum Teil farbig, erhöhen den Wert des Buches, das jeder Arzt lesen müßte.

— Bei dieser Gelegenheit sei mitgeteilt, daß von dem ausgezeichneten — von uns schon mehrfach besprochenen **Lehrbuch der Säuglingskrankheiten** von Finkelstein, das im gleichen Verlage erscheint, Abteilung III der zweiten Hälfte vorliegt. Grätzer.

Eingänge bei der Redaktion.

(Besprechung vorbehalten. — Rücksendung ausgeschlossen.)

Joseph und Taussig: Ernährung und Pflege des Kindes. (W. Braumüller, Wien und Leipzig.)

O. Schmiedeberg: Arzneimittel und Genußmittel. („Aus Natur und Geisteswelt“, B. G. Teubner, Leipzig.)

W. Schumburg: Die Tuberkulose. 2. Aufl. (Ebenda.)

W. Schumburg: Die Geschlechtskrankheiten. 2. Aufl. (Ebenda.)

W. Ament: Die Seele des Kindes. 3. Aufl. (Francksche Buchhandlung, Stuttgart. 1,50 Mk.)

H. Kellner: Die Hamburger Idioten- und Epileptikeranstalt in Alsterdorf. (Agentur des Roten Hauses, Hamburg. 2 Mk.)

C. Leiner: Eigenartige Erythemtypen und Dermatitiden des frühen Säuglingsalters. (F. Deuticke, Leipzig und Wien. 3,60 Mk.)

G. Jochmann: Über Immunotherapie beim Scharlach. (Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. R. Schoetz, Berlin 1912. 80 Pfg.)

V. Monats-Chronik.

Berlin. Geh. Med.-Rat Krohne, Vortragender Rat der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern, ist in das Kuratorium des Kaiserin Auguste Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit eingetreten. Prof. Langstein, bisher Anstaltsdirigent, ist zum Direktor des Hauses ernannt, Stabsarzt Dr. Hornemann, bisher Assistent am Hygienischen Institut in Berlin, ist als Abteilungsvorstand des Hygienisch-Bakteriologischen Laboratoriums kommandiert, Dr. Thomas, bisher Assistent der Medizinischen Klinik in Leipzig, zum Assistenten ernannt worden.

Ein Kindergenesungsheim in Schlachtensee (Terrassenstr. 10) ist eröffnet worden. Arzt: Dr. Koch (Zehlendorf), konsultierender Arzt: Prof. Langstein (Berlin). Näheres durch die Oberin.

Die Zahl der Schulärztinnen hat sich im letzten Jahre wiederum vermehrt. Schulärztinnen wurden in München und Nürnberg, Schulzahnärztinnen in Kolmar und Höchst angestellt. An verschiedenen städtischen Schulzahnkliniken sind außerdem Zahnärztinnen als Assistentinnen tätig.

Breslau. Dr. H. Aron, ehemaliger Prof. der Physiologie an der Medizinischen Schule in Manila, ist zum Laboratoriumsvorsteher an der Kinderklinik ernannt.

Gestorben: Dr. J. Ch. Cameron, Prof. der Frauen- und Kinderheilkunde an der McGill-Universität in Montreal.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVII. Jahrgang. 1. Juli 1912. Nr. 7.

I. Originalbeiträge.

Über Eisenjodozitin (Ferrojodlezithin).[1]

Von

Chefarzt Dr. **Ernst Deutsch** (Budapest).

Das Eisenjodozitin (Ferrojodlezithin) ist eine Verbindung von Lezithin mit Jodeisen und erhält ca. 3% Eisen, 15% Jod und ca. 80% Lezithin.

Wenn wir kurz den pharmakodynamischen Wert der drei Komponenten des Eisenjodozitins betrachten, so finden wir folgendes: Jod und Eisen ergänzen sich in ihren therapeutischen Wirkungen. Der Jodothyringehalt der Schilddrüse steigt nach Zufuhr von Jodpräparaten an, und es ist nicht ausgeschlossen, daß alle Jodwirkung durch Vermittelung der Schilddrüse — die bekannterweise an den Entwicklungsvorgängen der Körper hervorragenden Antheil hat — zustande kommt. Außerdem scheint Jod besondere Neigung zu besitzen, mit Gewebebestandteilen pathologischen Charakters in chemische Bindung zu treten, so daß diese dann leichter dem Zerfall und der Resorption unterliegen (Tappeiner). Das Eisen wirkt wahrscheinlich als Stimulans auf die physiologische Tätigkeit des Knochenmarks und steigert vielleicht den Stoffwechsel als Katalysator; sicher ist, daß es die Blutbeschaffenheit günstig beeinflußt (ich erinnere an die Versuche Kunkels an durch periodische Aderlässe anämisch gemachten Hunden, deren Hämoglobinmenge auf Darreichung von Eisensalzen erhöht wurde), und unleugbar ist, daß beide Substanzen den Oxydationsprozeß, der sich im Organismus abspielt, begünstigen, das Jod steigert es auf dem Wege der Schilddrüse, das Eisen, indem durch seine Einverleibung das Hämoglobin vermehrt wird.

Was nun die Wirkung des Lezithins anbelangt, von dem Munk hervorhebt: „Und es scheint, als ob keine pflanzliche oder tierische

[1]) Die Versuche wurden im Israelitischen Knabenwaisenhaus, im Israelitischen Landestaubstummeninstitut und in der Ambulanz des Gratismilchvereines (alle in Budapest) durchgeführt.

Zelle und keine tierische Flüssigkeit des Lezithins entbehrt"[1]), und von dem Bunge meint: „Für die Unentbehrlichkeit des Lezithins in der Nahrung scheint ihr Vorkommen in der Milch zu sprechen", will ich auf die grundlegenden Arbeiten Danilewskys „De l'influence de les lecithins sur la croissance et la multiplication des organismus" und „De l'influence de la lecithine sur la croissance des aminaux à sang chaud" (Comptes-rendus de l'Academie des sciences 1895 et 1896) hinweisen. Danilewsky studierte anfangs die biologische Wirkung des Lezithins auf die Entwicklung animalischer und vegetabilischer Embryonen (Froschlaichen und Wurzel der Kresse) und konstatierte, daß es nicht als organoplastische Substanz, die einfach nutritiv wirkt, zu betrachten ist, sondern daß das Lezithin auf den Prozeß der Vervielfachung der zellulären Elemente einen direkt stimulierenden Einfluß ausübt. Warmblüter (es wurde mit Hunden experimentiert) reagieren auf Injektionen kleiner Mengen Lezithins mit Blutverbesserung, Vermehrung der Erythrozyten und des Hämoglobins, Vermehrung des Körpergewichtes. Der gesamte Harnstickstoff und der Koeffizient der Stickstoffausnutzung ist ebenfalls vermehrt, die durch den Urin ausgeschiedene Phosphorsäure vermindert; außerdem zeigt sich frühzeitige Reife der geistigen Entwicklung. Die klinisch-therapeutischen Beobachtungen mit Lezithin schließen sich den Tierexperimenten an. Anregung des Appetites, Vermehrung der Kräfte und des Körpergewichtes, Hemmung der Unterernährung, so daß die subkutane und stomachale Anwendung des Lezithins bei dem großen Komplex der Anämien, Kachexien, der Rekonvaleszenz und im ersten und zweiten Stadium der Tuberkulose als hervorragendes Hilfsmittel der Allgemeinbehandlung zu betrachten ist.

Otto Lehmann hat recht, indem er in der „Allgem. Medizin. Central-Zeitung" (1910 Nr. 40) schreibt: „Jod und Eisen, zwei chemisch verschiedenartige Körper und doch im Arzneischatz treue Bundesgenossen", und er fährt fort: „Ist nun dem Eisen neben dem Jod seine alte Wirkung zuerkannt, so könnte man ja beide nebeneinander ordinieren, wenn es nicht in der Medizin ebenso wäre, wie im Leben, nämlich, daß jede Vereinfachung ein Vorteil ist." Eine für den therapeutischen Erfolg und für die Darreichungsweise gleich wertvolle Kombination ist die Beigabe von Lezithin.

Der Geschmack des Eisenjodizitins erinnert an Chokolade, es wird daher gerne genommen und gut vertragen; es greift weder die Zähne noch den Verdauungstrakt an. Die Verordnungsweise ist die folgende:

Rp. Eisenjodozitin sec. Haase
phiol. origin.
D. S. nach Bericht
(pro die 3 × 3—5 Stück).

---

[1]) In 100 Gew.-Tln. Gehirn, weiße Substanz, sind 11,0 Gew.-Tle. Lezithin.

„ 100	„	„ graue	„	2,5	„ „
„ 100	„	Blut	„	0,24—0,75	„ „
„ 100	„	Sperma	„	1,50	„ „
„ 100	„	Eigelb	„	6,80	„ „

Was nun meine eigenen Erfahrungen anbelangt, will ich ihrer zusammenfassend gedenken, da die einzelnen Krankengeschichten kein besonderes klinisches Interesse bieten.

1. Bei 49 Fällen von Skrofulose zeigte sich bald Hebung des Appetites, wobei man die stuhlverhaltende Wirkung des Eisens stets in Betracht ziehen muß. Die Zunahme des Körpergewichtes konnte man durchschnittlich in 2—3 Wochen beobachten. Die Wirksamkeit dieser Medikation ist an dem ambulanten Krankenmaterial am ehesten zu beurteilen, da der Transport ins Krankenhaus eine so große Verbesserung der Lebensbedingungen bedeutet, daß die Kräftigung der Patienten auch der Änderung der Lebensweise zuzurechnen ist. Diese Individuen mit skrofulösem Habitus, daher mit schlaffer Haltung, schwächlichem Knochenbau, schlechter Gesichtsfarbe, stark verbreitetem Ekzem und jahraus, jahrein rezidivierenden Augenerkrankungen schwerer phlyktänulärer Art erhielten in den meisten Fällen Lebertran und Jodeisen der einen oder anderen Form, waren in Ferienkolonien und zeigten kurz nach ihrer Rückkunft in ihrer alten häuslichen Sphäre das alte Jammerbild. Die Darreichung des Eisenjodozitins brachte mit Sicherung entsprechender Ernährung unvergleichlich bessere Erfolge, als obige Medikation; nichtsdestoweniger erblicke ich in dem Mittel keine spezifische Wirksamkeit auf die Grundkrankheit, doch habe ich die Überzeugung, daß es den Stoffwechsel mächtig und günstig umstimmt.

2. Da bei Rachitis in den meisten Fällen die Zahl der Erythrozyten und der Hämoglobingehalt vermindert ist und man das Lezithin mit Recht als den „natürlichen physiologischen Phosphor" betrachten kann (das Lezithin, das in Eisenjodozitin verarbeitet ist, hat durchschnittlich 3,00—4,20% Phosphorgehalt), so verabreichte ich bei 34 Fällen dieser Krankheit Eisenjodozitin. Die Erfolge überflügeln die der einfachen Phosphormedikation. Wenn auch die Phosphortherapie dem modernen wissenschaftlichen Standpunkt nicht ganz entspricht und als eine kausale nicht akzeptabel ist, spricht die Empirie für sie und in gesteigertem Maße für unser Präparat. Der Erfolg zeigt sich vielleicht mehr durch Besserung und Hebung der Agilität, Frische des Allgemeinzustandes, als direkt durch spezifischen Einfluß auf den Knochenprozeß.

3. Bei 7 Fällen von spätsyphilitischen Erscheinungen verabreichte ich neben, doch nicht zur gleichen Zeit mit dem Quecksilber Eisenjodozitin und sah einen günstigen Einfluß auf die verschiedenen gummösen Erscheinungen der hyperplasierenden Diaphysen-Periostitis der Tibia, der Keratitis parenchymatosa und der Erkrankungssymptome der Höhrapparate.

4. Bei 11 Fällen exsudativer Diathese mit Reizzuständen der Schleimhäute und Drüsenschwellungen besserten sich diese Symptome rapid auf Darreichung des Eisenjodozitins neben Einhaltung des bekannten diätetischen Verfahrens.

5. Bei 23 Kindern, die mit Chlorose, und 9, die mit chronischer posthämorrhagischer Anämie behaftet waren, beobachtete ich die Blaudschen Pillen weit überflügelnde Erfolge.

6. Bei Anämien und lymphatischen Erscheinungen nach akuten Infektionskrankheiten (4 Fälle von Diphtherie, 6 nach Morbillen und 2 nach Skarlatina) sicherte das Mittel prompte Erfolge. Nach alledem würde ich den Ausspruch des Sanitätsrats Dr. Isaac über das Jodozitin „so daß ich auf Grund der gemachten Erfahrungen ruhig behaupten kann, daß in der Tat dies von mir in so vielen Fällen ausgeprobte Jodpräparat die idealste Jodverbindung darstellt, die wir derzeit besitzen" auch in bezug auf das Eisenjodozitin bestätigen.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

W. J. Moltschanoff, Beobachtungen über von Pirquets Tuberkulinreaktion bei akuten Infektionskrankheiten bei Kindern. (Aus der Klinik für Kinderkrankheiten an der Moskauer Universität.) (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. Heft 4.) Bei allen Masernkranken (100%) während der ganzen Exanthemperiode ist ein völliger Verlust der Empfindlichkeit gegenüber kutan appliziertem Tuberkulin zu beobachten. Mit dem Abblassen des Ausschlags kehrt die Empfindlichkeit schnell zurück. Bei Scharlachkranken findet sich während des Ausschlags in 85% aller Fälle vollständiger Verlust der Empfindlichkeit und in 15% Abschwächung derselben. Bei Diphtherie wurde völliger Schwund nur in 12,5% und Abschwächung in 50% beobachtet. Die Serumkrankheit, falls sie mit Serumausschlag einhergeht, wirkt scheinbar ebenfalls in depressivem Sinn auf die Reaktion. Dagegen üben Varizellen und Diplokokken-Angina keinen derartigen Einfluß aus. M. schließt sich der Ansicht Escherichs an, daß das Fehlen der Tuberkulinreaktion bei Masern von der Veränderung des Charakters der Haut abhängt. Hecker.

Hans Rietschel, Zur Technik der Ernährung der Brustkinder in den ersten Lebenswochen. (Aus dem städtischen Säuglingsheim zu Dresden.) (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. Heft 4.) Es ist nicht möglich, eine bestimmte Anzahl von Mahlzeiten bei der Ernährung erstgeborener Kinder an der Mutterbrust während der 6—8 Wochen zu fordern. Ein Teil der Kinder gedeiht bei fünf Mahlzeiten gut, viele brauchen mehr, nicht nur sechs, sondern sieben, manche sogar acht Mahlzeiten in 24 Stunden. Die Methode der Ernährung an der Brust während der ersten 6 Wochen muß daher eine „Methode der Wahl", das heißt individualisierend bleiben. Diese Erfahrungen gelten zunächst nur für das Material der Dresdener Frauenklinik, bzw. Dresdener Säuglingsheim. Sie können nicht für jedes Entbindungsinstitut verallgemeinert werden. Es ist aber wahrscheinlich, daß für Mittel- und Norddeutschland die gleichen Verhältnisse bestehen. Da die Frage von praktischer Wichtigkeit ist,

so ist es nötig, ehe sie in die allgemeine Öffentlichkeit gebracht wird, daß weiteres einwandfreies Material aus den verschiedensten Kliniken dazu geliefert wird. Hecker.

H. Neumann (Berlin), Die Dicke des Fettpolsters bei Kindern. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. Heft 4.) Die Messung der Dicke einer in bestimmter Weise aufgehobenen Bauchfalte läßt in bequemer Weise und ausreichend genau eine zahlenmäßige Beurteilung des Fettansatzes und damit des Ernährungszustandes zu. Der Durchmesser der Basis einer solchen Bauchfalte beträgt im Durchschnitt bei Knaben von 4—13 Jahren und bei Mädchen von 4—7 Jahren 5 mm und steigt bei letzteren auf 7 mm im Alter von 8—13 Jahren, auf 11 mm im Alter von 11—13 Jahren, auf 13 mm im Alter von 14 bis 17 Jahren.

Noch im Normalen scheinen bei dem Durchschnitt von 5 mm Dicken zwischen 4—7 mm zu liegen. Bei Mädchen von 8—10 Jahren Dicken von 6—12 mm, von 11—13 Jahren solche von 7—15 mm, von 14—17 Jahren solche von 10—20 mm.

Das Fettpolster der Kinder Wohlhabender geht über den Durchschnittswert häufiger hinaus.

Die gleichzeitige Berücksichtigung von Körperlänge und Körpergewicht gibt noch genauere Aufklärung darüber, ob der Fettansatz proportional dem Wachstum erfolgt; die Zufügung des Maßes für das Fettpolster zu den beiden ersten Zahlen vervollständigt wesentlich die Charakterisierung des kindlichen Körpers. Hecker.

K. Oppenheim, Über eine Methode zur Bestimmung des Volumens bei Säuglingen. (Zeitschrift f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 3. S. 237.) Das Volumen eines Körpers wird bekanntlich dadurch bestimmt, daß man die durch ihn verdrängte Wassermenge mißt. Das kann man bei Säuglingen nicht machen. Lahmann faßt den Kopf des Individuums als Kugel auf. Den Umfang bestimmt er durch Messung des Volumens einer Kugel vom Radius $r = 4/3\, r\, 3\, \pi$. Es war nur noch an der Leiche zu beweisen, ob diese Art der Berechnung angängig ist. Beschreibung des dazu nötigen Apparates. Bei den Bestimmungen ergab sich, daß die Berechnung des Kopfvolumens stets kleinere Werte ergab, als bei der Bestimmung gefunden wurde. Die Differenz beträgt ca. 7 %. Der Kopf macht sowohl in bezug auf Gewicht als auch in bezug auf Volumen ca. $^1/_4$ des Gesamtkörpers aus.

Die Bestimmung des Körpervolumens ist auch bei lebenden Säuglingen leicht durchzuführen. Dies geschieht durch Eintauchen des Säuglings bis zur Kinnhöhe und Bestimmung der verdrängten Flüssigkeitsmenge. Schick.

P. Schulz, Wachstum und osmotischer Druck bei jungen Hunden. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 3. S. 251.) Hunde wurden anfangs mit salzarmer Diät ernährt und fortlaufend Körpergewicht und refraktometrisch das Blutserum untersucht. Die Tiere blieben deutlich im Gewicht zurück, bekamen struppiges Fell, blieben im Wachstum zurück, waren aber munter. Sie wurden danach auf

gewöhnliche Kost gesetzt und holten sehr rasch das Versäumte nach. Es ergibt sich dabei, daß Hunde jenseits der Säuglingsperiode imstande sind, auch unter günstigen Ernährungsbedingungen die physiologischen Eigenschaften ihres Blutserums innerhalb normaler Grenzen zu erhalten. Der Regulation der Erhaltung des Milieu interne wird das Wachstum geopfert, um das Leben selbst besser erhalten zu können. Die Fähigkeit zu wachsen bleibt aber erhalten und läßt bei günstiger Bedingung den Organismus das Versäumte nachholen.
Schick.

Gött und **Schmidt**, Beiträge zur Frage der frühinfantilen Amyotrophien und einer sie begleitenden „endogenen" (?) Fettsucht. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 3. S. 256.) Das eine Kind, im dritten Lebensjahr aufgenommen, zeigt Lähmungen in der vom Rückenmark aus versorgten motorischen Sphäre. Die motorischen Gehirnnerven sind unbeeinträchtigt. Der ganze Rumpf und die Beine sind gelähmt, außer den Atmungsbewegungen an Thorax und Abdomen ist keine Bewegung wahrzunehmen. Gehen, Laufen ist natürlich unmöglich. Diese Leiden sollen schon gleich nach der Geburt begonnen haben. Das Kind strampelte schon gleich nicht so, wie gesunde Kinder. Allmählich nahm dann die Schwäche der Muskulatur zu.

Die Arme besitzen relativ gute Beweglichkeit. Patellarsehnenreflexe fehlen. Das Kind ging an Pneumonie zugrunde. Es wird die Frage erörtert, ob es sich im vorgestellten Fall um Myatonie oder um einen Fall von Werdnig-Hoffmannscher Erkrankung handelt, welche Entscheidung sich auch nicht nach histologischer Untersuchung mit Sicherheit fällen ließ. Verff. werfen die Frage auf, ob nicht Myatonie und Hoffmann-Werdnigsche Erkrankung dasselbe seien, und verneinen diese Frage. Bei einem zweiten Falle ebenfalls von Hoffmann-Werdnigscher Erkrankung bei einem $6^1/_4$ jährigen Mädchen begann die Erkrankung in der zweiten Hälfte des zweiten Lebensjahres. Während das Kind mit 15 Monaten gehen konnte, gab es später die Gehversuche wieder auf, nach wenigen Monaten wieder Verschlechterung, so daß Patientin überhaupt nicht mehr gehen konnte. Seit dieser Zeit wurde das Kind immer fetter, dicker, Gehen und Stehen wurde nicht mehr erlernt. Das Mädchen wiegt mit $6^1/_4$ Jahren 30,20 kg. Das Kind ist nunmehr kolossal dick, insbesondere im Bereich des Bauches, der Nates, der unteren Extremitäten. Es wurde eine Entfettungskur eingeleitet.
Schick.

A. v. Reuss, Über das Vorkommen von Glykokoll im Harn des Neugeborenen. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 3. S. 286.) Die Untersuchungen ergaben, daß auch für den Harn des Neugeborenen das Glykokoll als normaler Harnbestandteil zu betrachten ist. Da R. nur Mischharne untersucht hat, kann die Frage, ob Glykokoll in jedem Harn bei jedem Kinde vorkommt, nicht beantwortet werden. Der Schluß, daß es sich häufig findet und sein Vorkommen nicht als pathologisch aufzufassen ist, ist berechtigt. Daß Glykokoll auch während der ersten Lebenstage, also zu einer Zeit, wo die Nahrungsmengen noch minimale zu sein pflegen, zur Aus-

scheidung gelangt, ist ein neuerlicher Beweis für seine intermediäre Abkunft. Schick.

A. Mendelsohn, Beobachtungen über Hauttemperaturen der Säuglinge. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 3. S. 292.) Graphische Darstellungen des Wärmeregulationsvermögens zeigen, daß diese bei sehr kleinen und schwächlichen Kindern sehr schlecht und völlig unzureichend sind. Diese Fähigkeit wird erst langsam während der ersten Lebensmonate erworben und kann bei schweren Krankheiten (z. B. Intoxikationen und Zuständen von Atrophie) wieder verloren gehen. Schick.

J. Rosenfeld, Der Inhalt der Vakzinepusteln. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 3. S. 307.) Die Untersuchungen ergaben folgende Resultate:

1. Bis ungefähr zum sechsten Tage kann man im Inhalt der Vakzinepapeln nur selten zellige Elemente nachweisen. Der Papelinhalt bleibt solange klar, perlenartig, durchscheinend.

2. Mit dem Anwachsen der Leukozytenzahl in dem Exsudat geht gleichzeitig ein leichtes Gelberwerden der Epidermisdecke am Rande einher, und die Farbe der Papille um diese Zeit ist hauptsächlich durch die Veränderungen der Decke bedingt, nicht durch die des Inhaltes.

3. Werden die Papeln sekundär infiziert, so weicht ihre Farbe und die des Exsudates von dem normalen Aussehen ab und variiert von schmutzig-grau bis ausgesprochen gelb. Schick.

O. Thorspecken, Magenuntersuchungen bei kindlicher Tetanie. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. Nr. 8. S. 429.) Bekanntlich wird beim Erwachsenen auf den Zusammenhang von Magenerweiterung und Tetanie viel Wert gelegt. In pädiatrischen Kreisen wurde dieser Zusammenhang bisher nicht genug beobachtet: T. hat nun bei mehreren Fällen von Tetanie den Magen röntgenologisch untersucht. Die Fälle betreffen vier Säuglingstetanien, von denen zwei tödlich verliefen, ferner ein 2 jähriges Kind und ein fast 7 Jahre altes Mädchen. In keinem dieser Fälle wurde während der akuten Erscheinungen eine Magenerweiterung gefunden, und die bei einem der Kinder vorgenommene Prüfung der Entleerungsdauer des Magens ergab normale Verhältnisse. Bei sämtlichen Kindern bestanden zur Zeit des Auftretens der Tetanie noch andere Affektionen, und zwar in der Mehrzahl Ernährungsstörungen mit akuten und chronischen Magendarmerscheinungen, teilweise mit starker Auftreibung des Leibes, die den Gedanken einer Magenerweiterung immerhin aufkommen lassen konnte. Drei der Kinder waren überdies rachitisch.

Diese Befunde sprechen gegen den Zusammenhang der Magenatonie mit der kindlichen Tetanie. Schick.

Aschenheim und **Kaumheimer,** Über den Aschengehalt der Muskulatur bei Rachitischen. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. Nr. 8. S. 435.) Eine Reihe von Autoren steht auf dem Standpunkt, daß bei Rachitis eine Alteration des gesamten Ca-Stoffwechsels vorhanden ist. Im Gegensatz zu dieser Anschauung glauben wieder

andere lediglich an eine lokale Störung des Stoffwechsels im Knochensystem. Als Unterlage für diese Auffassung gilt die Annahme Stölzners, daß der Kalkgehalt in den Weichteilen rachitischer Kinder nicht herabgesetzt ist. Allerdings hat Stölzner viszerale Organe, nicht aber die Muskulatur untersucht. Die Verff. haben 10 Kinder (zwei gesunde, zwei leicht rachitische und sechs Rachitiker schweren Grades) auf den Erdalkaliengehalt der Muskulatur untersucht. Diese Untersuchungen ergaben eine wesentliche Verminderung des Ca-Gehaltes in der Muskulatur rachitischer Kinder. Sollten sich diese Befunde weiter bestätigen, so folgt daraus, daß der verminderte Ca-Gehalt des rachitischen Knochens nicht allein auf einer herabgesetzten Fähigkeit der osteoiden Substanz zur Ca-Retention beruht, sondern daß bei der Rachitis wirklich eine allgemeine Störung des Ca-Stoffwechsels vorliegt. **Schick.**

G. Spiess (Frankfurt a. M.), Die Anwendung von Antistreptokokkenserum (Höchst) per os und lokal in Pulverform. (Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 5.) Nachdem S. die Resultate zahlreicher Tierversuche geschildert, fährt er fort:

Nach diesen Ausführungen ergibt sich die Anwendungsweise von selbst. Es kommt vor allem darauf an, das Serum so früh wie möglich zu geben und in ausreichender Menge. Unter den Streptokokkeninfektionen spielt die Halsentzündung die erste Rolle, die sich meist unter dem Bilde der lakunären Angina entwickelt. Fast ausnahmslos finden wir dann bei bakteriologischer Untersuchung Streptokokken im Abstrich; leider aber auch noch eine ganze Reihe anderer Mikroorganismen, die uns die Beurteilung sehr erschweren, welchem Stamm die Hautinfektion zuzuschreiben sei. Oft zwar finden sich Streptokokken in so überwiegender Mehrzahl, bisweilen fast in Reinkultur, daß man keinen Zweifel hegen kann; aber auch in den anderen Fällen darf man wohl annehmen, daß stets ein Hauptteil den Streptokokken zuzuschreiben ist; und auf keinen Fall dürfte es unnütz sein, diese vor allem einmal unschädlich zu machen. Allgemeininfektionen, die im Anschluß an Anginen beobachtet werden, sind meiner Erfahrung nach zum größten Teil auf Streptokokken zurückzuführen. Im allgemeinen dürfte also der bakteriologischen Untersuchung schon aus dem Grunde kein so großer Wert beizumessen sein, als die Anwendung des Serums ja nicht, wie dies oft bei fraglichen Diphtheriefällen geschieht, erst von dem Ausfalle dieser Untersuchung, da er uns eben zu wenig sagt, abhängen soll. Das Serum muß gleich gegeben werden; wir dürfen nicht erst zögern und lange zuwarten, bis nach 24 Stunden endlich die kulturelle Untersuchung abgeschlossen ist; die beste Zeit haben wir dann schon verloren! Das Serum hat ja auch bei innerer Verabreichung nicht die geringste schädigende Wirkung; man gibt es Erwachsenen und Kindern in fast gleich großen Mengen, man hat keinen Grund, sich wegen artfremden Serums bei der subkutanen oder intravenösen Injektion von Diphtherieserum Gedanken zu machen, Befürchtungen zu hegen. Selbst bei einer Fehldiagnose kann ganz unbeschadet, gerade als ob nichts vorher geschehen wäre, eine Diphtherieeinspritzung gemacht werden. Das

eingenommene Serum ist dann nichts anderes als eine einfache Eiweißlösung gewesen. Sobald die Zeichen der Angina eintreten, sobald Temperaturerhöhung einsetzt, der Hals sich rötet und sich die bekannten Symptome beginnender Halsentzündung bemerkbar machen, soll man 25 ccm des Serums trinken lassen. Durch Zusatz von Himbeersaft, nicht aber alkoholfreier Liköre, direkt vor dem Einnehmen, läßt sich der fade Serumgeschmack fast ganz verdecken; selbst Kinder trinken das „Himbeerwasser“ ohne jedes Widerstreben. Die Wirkung des Serums läßt sich aus dem Fieberverlauf sowie aus dem lokalen Befund beurteilen. In Fällen reiner Streptokokkeninfektion sinkt die Temperatur nach 6—8 Stunden schon zur Norm herunter. Bisweilen tritt eine leichte Unruhe, ein unbedeutendes Unbehaglichkeitsgefühl um diese Zeit auf, zuweilen auch steigt das Thermometer sehr hoch an, um dann um so rascher unter starkem Schweißausbruch abzufallen. Der folgende Tag ist meist schon ganz fieberfrei, die Angina ist geradezu kupiert. Tritt dieser prompte Erfolg nicht ein, so handelt es sich meistens nur um eine Verzögerung von 24 Stunden, nach welcher Zeit auch in diesen Fällen meist normale Temperaturen herrschen. Etwaige Mißerfolge, die auch ich in dem Zeitraum von 5 Jahren, in welchem ich das Serum ausgedehnt angewandt, zur Genüge beobachtet habe, lassen sich nach allem Obenerwähnten unschwer erklären. Solange wir eben kein Urteil über die Virulenz der Infektionskeime haben, sind wir nicht in der Lage, die Dosis des Serums entsprechend zu graduieren. Solange wir nicht bestimmen können, welcher Anteil an der Erkrankung gerade den Streptokokken zukommt, sind wir auch nicht berechtigt, den gleichen Erfolg wie bei einer reinen Streptokokkeninfektion zu erwarten. Die Erfüllung dieser beiden Postulate wird nun freilich noch lange ein frommer Wunsch bleiben. Ich halte es daher für richtig, in Fällen, die uns einen ernsteren Eindruck erwecken, die uns vielleicht von früher her schon als solche bekannt sind, lieber gleich die doppelte oder mehrfache Dosis zu geben, als mit der sogenannten „einfachen Heildosis“ zu knausern. Ganz besonders sollte man dies tun, wenn die Erkrankung nicht gleich am ersten Tage, sondern schon in voller Blüte zur Behandlung kommt. In schwersten Fällen, namentlich bei Fällen schwerer Streptokokkensepsis, dürfte der internen doch wohl die intravenöse Verabreichung großer Mengen des Serums vorzuziehen sein. Der Einfluß des Serums läßt sich in Fällen reiner Infektion auch an dem lokalen Befund deutlich erkennen. Man kann getrost sagen: vom Momente der Einverleibung des Serums an ist eine weitere Zunahme der Krankheitserscheinungen nicht mehr zu erkennen. Bestand nur Rötung und Schwellung der Gaumenmandeln, so traten keine weißen Beläge mehr auf, sondern die Rückbildung und Abblassung erfolgte auffallend rasch. Waren „weiße Flecke“ bereits zu sehen, zeigte sich das Bild, wie es der lakunären Angina charakteristisch ist, so schwinden diese in auffallend kurzer Zeit. Ich habe Fälle beobachtet, in welchen dieser Prozeß kaum länger als 24 Stunden in Anspruch nahm, bei denen ich sonst mindestens 3 Tage dafür rechnen zu müssen gewohnt war. Daß mit der Besserung der objektiven Symptome die subjektiven gleichen Schritt halten, ist leicht

erklärlich. Namentlich auch zeigt das Allgemeinbefinden der Kranken stets eine besonders rasche Besserung. Ist in den ausgesprochenen Fällen der Erfolg des Serums oft so in die Augen springend, daß kein Zweifel an seiner Wirksamkeit bestehen kann, so wird man mir bei den leichten Fällen, die außer einer hohen Temperatur nur einem roten, etwas schmerzenden Hals, aber keine Beläge hatten, einwenden können, daß es hier auch ohne Serum ebenso rasch gut geworden wäre. Diesem Einwand kann ich nicht widersprechen. Was noch daraus geworden oder ob überhaupt nichts mehr gefolgt wäre, kann niemand entscheiden. Wenn man aber die nach Nasenoperationen nicht seltenen und ohne jede nachweisbare Ursache auftretenden Anginen kennt, wenn man die Temperaturerhöhung, den roten Hals sieht und von früher aus der Erfahrung weiß, daß sicher wieder eine Angina ausbrechen wird, die diesmal aber nach Serumgabe ausblieb, so glaube ich doch durch die Erfahrung berechtigt zu sein, diesen Unterschied auf das Konto des Serums setzen zu dürfen. Handelt es sich doch nicht um einen einzigen, sondern um sehr viele Fälle, die ich im Laufe der Jahre beobachtet habe. Patienten, die oft an Anginen gelitten haben, kennen den Beginn der Entzündung oft nur zu genau, so daß man sich auf ihre Angaben wohl auch verlassen kann. Besonderen Wert messe ich der Serumbehandlung bei denjenigen Fällen von Angina bei, die einem Gelenkrheumatismus vorangingen. Um nur einen typischen Fall hier aufzuzählen: Es handelte sich um einen 9jährigen Jungen, welcher im direkten Anschluß an eine ganz leichte Angina einen Gelenkrheumatismus bekam. Gelenkschmerzen und Fieber hatten schon fast 3 Wochen ohne Nachlaß bestanden, als auf meinen Rat hin das Serum in einfacher Dosis gegeben wurde. Um 4 Uhr nachmittags war das Mittel eingenommen worden, um 7 Uhr war, wie seither, eine Temperatur von über 38°, um 11 Uhr Temperaturabfall. Am nächsten Morgen war zum erstenmal seit Wochen die Temperatur wieder normal und blieb normal. Ein solcher Fall braucht ja nicht als beweisend angesehen zu werden; wenn derselbe Erfolg aber öfter zu verzeichnen ist? Bei noch einer anderen Form der Streptokokkeninfektion, dem Erysipel, von welcher Erkrankung ich allerdings keine große Anzahl von Fällen zu beobachten Gelegenheit hatte, habe ich ebenfalls die Wirkung des Serums erprobt. Bei mehreren postoperativen Fällen von Gesichtserysipel war der Erfolg der, daß der Krankheitsprozeß nur ganz leicht verlief, daß das Allgemeinbefinden wenig litt und die Temperaturen nach anfänglichem Anstieg einige Tage noch unbedeutend erhöht waren. In einem Falle von Wandererysipel, das bereits mehrere Wochen lang in gleicher Schwere und unter gleich hohen Abendtemperaturen bestand, riet ich dem ihn im Hochgebirge behandelnden Arzte, das Serum zu versuchen. Auch hier war der Erfolg eklatant. Der nächste Morgen war auf die erste einfache Dosis fieberfrei; als aber gegen Abend das Thermometer wieder auf 38° ging, wurde auch die zweite gesandte Dosis gegeben. Von da ab rasche Besserung und Heilung und kein Fieberanstieg mehr. Im Gegenteil, es traten für einige Tage stärkere Untertemperaturen auf, wie ich sie manchmal nach größeren Dosen oder mehrmaliger Verabreichung gesehen habe, die aber in keiner

Weise weder subjektive noch objektive Beschwerden machten und ganz unbedenklich sind. Ein anderer Fall, der in der Familie eines Kollegen vorkam, verlief gleich günstig. Auch Kollege Voss, der auf meine Veranlassung seit längerer Zeit schon das Serum anwendet, schreibt im Handbuch der Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege gerade bei Erysipel über sehr befriedigende Resultate. Aber auch bei akuten Mittelohreiterungen glaubt Voss gar nicht mehr auf das Mittel verzichten zu können. Fälle, die nach seiner reichen Erfahrung sicher zur Aufmeißelung gekommen wären, sind rasch besser geworden und ohne Operation geheilt. Derartige Erfahrungen veranlaßten mich, mit Prof. Ruppel Rücksprache zu nehmen, ob das Mittel nicht in einer Form hergestellt werden könnte, die sich für die lokale Behandlung besser eignete wie das flüssige Präparat. Die Pulverform wurde für diesen Zweck am geeignetsten befunden. Da der Erfolg des Serumtrinkens bei den Anginen möglicherweise, wie mir eingewandt wurde, auf der direkten Bespülung der erkrankten Partien beruhen konnte, also auf einer direkten lokalen Einwirkung, so suchte ich das Pulver möglichst direkt auf und in die Mandeln zu bringen. Zu dem Zwecke rührte ich das Pulver mit reinem Wasser zu einem dicken Brei, den ich mit einem hakenförmig gebogenen Watteträger in die Lakunen einpinselte. Was wirksamer war, diese lokale Behandlung oder die interne, kann ich nicht entscheiden, die Resultate waren zu unterschiedlich. Wenn es irgend geht, verbinde ich beide Methoden: neben der inneren Verabreichung werden die Mandeltaschen gründlich gereinigt und, soweit dies möglich, dick mit Pulverbrei gefüllt. Meine nächsten Versuche mit dem Pulver richteten sich auf die Behandlung des frischen Schnupfens. Nachdem die Nasenhöhle mit einem 1 ‰ igen Kokainsuprareninspray eingestäubt und so eine Abschwellung der Schleimhäute erzielt worden, wird das Pulver mittels eines Kabierskeschen Pulverbläsers mehrmals in reichlicher Menge eingeblasen. Das Resultat dieser Versuche war: in einem Fall geradezu wunderbarer Erfolg, in andern ein glatter Mißerfolg. Die zahlreichen bakteriologischen Untersuchungen, die deswegen ausgeführt wurden, gaben bald die richtige Antwort darauf. Es fanden sich in den einzelnen Fällen die verschiedensten Bakterienformen, meist aber nicht so vermischt wie in der Mundhöhle, so daß wir mit größerer Sicherheit das Vorhandensein nur eines ursächlichen Mikroben annehmen konnten. Fanden sich z. B. Influenzabazillen oder Pneumokokken oder Bacillus catarrhalis oder der Streptococcus viridans, so war kein Erfolg zu konstatieren; er wäre ja auch gar nicht zu erwarten gewesen, wenn man das bakteriologische Resultat schon vorher gleich gewußt hätte. In Fällen aber, in denen Streptokokken die Ursache des Schnupfens sind, ist der Erfolg meist sehr günstig. Im Engadin, in St. Moritz z. B., wo die sogenannte „Engadine throat", eine auf Streptokokken beruhende Halsentzündung, leider namentlich im Winter sehr häufig endemisch auftritt, habe ich bei mehreren Fällen von Schnupfen das Pulver ausprobiert. Der Erfolg trat jedesmal mit fast absoluter Sicherheit ein. Nicht nur in ganz frischen Fällen, sondern auch bei solchen, die bereits seit zwei und mehr Tagen in voller Blüte bestanden, war der Erfolg sicher. Die

Wirkung des Serumpulvers macht sich in der Weise bemerkbar, daß die Nase, die vorher stark sezernierte, rasch trocken wird. Nur im oberen Teil bleibt die ersten 24 Stunden öfter ein Gefühl von stärkerer Zuschwellung, das dann aber rasch zurückgeht. Es hängt dies aber auch sehr davon ab, in welchem Stadium der Schnupfen zu dieser spezifischen Behandlung kommt. Selbstverständlich genügt es hier nicht, nur einmal einzupulvern; schon um sicher zu gehen, wird man dies mehreremal wiederholen. Die nach der Einblasung auftretenden, leicht brennenden Empfindungen in der Nase schwinden nach einer Minute schon, und der etwas fade Geruch ist noch weniger Hinderungsgrund für die Anwendung. Prophylaktisch das Mittel anzuwenden, hat weder Wert noch Sinn. Es ist ganz wirkungslos. Dafür käme die aktive Immunisierung in Betracht, und es wäre nicht uninteressant, damit im Engadin, wo die Streptokokkeninfektionen so häufig sind, Versuche in größerem Maße anzustellen. Vielleicht daß dadurch allmählich das Engadin, dieses sonst so ideale Hochtal, von diesem Störenfried dauernd befreit werden könnte! Fasse ich kurz nochmals die Erfahrungen und Eindrücke zusammen, die ich über die interne und die pulverförmige Verabreichung des Antistreptokokkenserums (Höchst) gewonnen habe, so muß ich mich zu einem unbedingten Anhänger des Mittels bekennen. In vielen Fälle habe ich ein geradezu unbegrenztes Zutrauen zu ihm, das auch durch Mißerfolge nicht erschüttert werden konnte. Das Serum sollte in jedem Falle, in welchem wir die alleinige, oder Mitbeteiligung von Streptokokken vermuten, gegeben werden. Je früher, desto besser. Lieber zehnmal umsonst als einmal zu spät. Denn das Mittel ist in dieser Verabfolgung völlig unschädlich. Es kann nur nützen oder nicht nützen, aber niemals schaden. **Grätzer.**

O. Baer (Hamburg), Ein Fall von akuter Appendizitis mit Ileus. (Ebenda.)

D. A., 13 Jahre alt, gut entwickelter Knabe, in mittlerem Ernährungszustand, etwas blaß. Patient erkrankte aus voller Gesundheit. War früher nie krank, hatte niemals Beschwerden beim Stuhlgang, niemals Leibschmerzen. 3 Tage vor seiner Aufnahme verspürte Patient in der Nacht heftige Schmerzen am Rücken und ganzen Leib, die sich später in der Nabel-, schließlich in der rechten Unterbauchgegend lokalisierten. Die Schmerzen, die sich nachts nur zeitweise äußerten, wurden am Tage so stark, daß Patient das Bett hüten mußte. Patient begab sich in Behandlung des Arztes. Gegen abend mußte er mehrmals erbrechen. Der Stuhlgang, der sonst immer normal war, blieb aus. Patient konnte urinieren, doch hatte er dabei heftige Schmerzen im Leibe. Temperatur normal, Puls 96, regelmäßig, mittel. Am nächsten Morgen traten plötzlich kolikartige Schmerzen auf, Erbrechen von grünlichen Massen. Fehlen von Flatus und Stuhl, allmählich zunehmender Meteorismus. Temperatur 38,2, Atmung sehr flach, Puls 120, klein, unregelmäßig. Der behandelnde Arzt stellte die Diagnose auf akuten Darmverschluß. Einlieferung ins Krankenhaus zur Operation.

Status: Sehr blaß aussehendes Individuum mit tief in den Höhlen liegenden Augen. Temperatur 39,5, Puls 128, sehr labil, Atmung schnell und flach. Die Spannung des Abdomens prall, Tympanie, Abdomen auf Druck schmerzhaft, Rowsing stark positiv. Man kann deutlich die Darmschlingen sehen. Trotz des gleichmäßig gespannten Abdomens eine ausgesprochene Resistenz in der Ileozökalgegend und eine nachweisbare Dämpfung über dem rechten Darmbeinkamm. Untersuchung per anum: Dickdarm leer, teigige Vorwölbung im rechten Douglas, auf Druck schmerzhaft. Öfters galliges Erbrechen, kein Stuhl, keine Flatus, Magenausheberung fördert reichlich gallig gefärbte Massen zutage.

Da die Diagnose Perforationsappendizitis mit peritonealen Reizungen und Ileus lautete, wurde sofort zur Operation unter Chloroformäthernarkose geschritten. Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch den typischen Appendizitisschnitt trat der Dünndarm prall gefüllt sofort entgegen. Er wird durch Hervorholen aus der Bauchhöhle zur Seite geschoben, und jetzt erst konnte man in der Tiefe die vordere Wand des Dickdarmes mit dem Coecum sehen. Letztere waren leer. Auch der Processus vermiformis war vom Anfange an zu verfolgen, wie er sich über eine Dünndarmschlinge gelegt hatte und hinter dem Coecum verschwand. Nachdem nun das Coecum nach vorn umgedreht war, fand man an seiner Hinterseite einen faustgroßen Abszeß, der mit dem Ende des Blinddarmfortsatzes als Decke starke Verwachsungen eingegangen war. Seitliche Tamponaden der Bauchhöhle, Eröffnung des Abszesses unter Austupfung des Eiters. Sofort entspannte sich der Blinddarmfortsatz über der Dünndarmschlinge, und Gase zwängten sich darunter hindurch in das Coecum und den Dickdarm. Appendektomie. Der Blinddarmfortsatz lag ohne jegliche Verwachsung über der Dünndarmschlinge und war nur mit seinem äußeren Ende an der Serosa des Dickdarms als Decke des Abszesses verwachsen. Versorgung des Stumpfes, Einlegung einer Drainage nach gründlichster Austupfung des Eiters, Entfernung des Tampons, Naht des Peritoneums, Fasziennaht, Hautnaht, Verband.

Am nächsten Tage trat Stuhlgang ein, Temperatur fiel auf 37,5°, Befinden des Patienten gut.

Nach 14 Tagen konnte Patient als geheilt entlassen werden.

Präparat des Blinddarmfortsatzes; 12 cm lang, Mesenteriolum sehr klein, nur an der Ansatzstelle. Fortsatz kolbig verdickt, Mucosa stark gerötet, Schleimhaut stark entzündet, an der Spitze Perforation. Im äußeren Drittel ein Kotstein.

Den Mechanismus des Ileus muß man sich aus dem beschriebenen Bilde folgendermaßen vorstellen:

Der Blinddarmfortsatz, der in seiner physiologischen Lage über der Dünndarmschlinge gelegen war, wurde durch irgendeinen Prozeß zur Entzündung gebracht, die sofort zur Perforation führte. Das Ende des Blinddarmfortsatzes, das auf der Serosa des Dickdarms an der Hinterseite lag, bildete mit letzterer Verwachsungen, die den Eiter, der durch die Perforation entwich, zu einem Abszeß einschlossen. Durch die sich nun bildenden Gase, die durch Verlagerung des Kotsteines in dem zentralen Teile des Blinddarmfortsatzes nicht entweichen konnten, wurde der Abszeß immer größer und breiter und zog durch seine Ausdehnung in den fixierten Verwachsungen den mit ihm in Verbindung stehenden Blinddarmfortsatz mit sich. Durch diese Anspannung des Processus vermiformis wurde der Dünndarm abgeknickt, und so entstand der Ileus. Daß dieser Vorgang nur so zu erklären ist, ergibt sich daraus, daß nach Eröffnung des Abszesses die Spannung nachließ und die Passage frei wurde. Grätzer.

M. Klotz, Zur Therapie der Peritonitis tuberculosa. Über Verhütung des Sonnenerythems durch Zeozonpaste. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Straßburg.) (Berl. klin. Wochenschrift 1912. Nr. 2.) Die bloße Punktion des Ergusses ist abzuraten. Sie ist nicht ungefährlich und in der Wirkung ganz unsicher, meint Stooss. Diese ablehnende Haltung veranlaßt K., seine Erfahrungen mitzuteilen. Seine Erfahrungen über die Punktionsbehandlung bei Peritonitis tuberculosa erstrecken sich auf fünf Fälle von insgesamt elf. Mehrere dieser Kinder wurden wiederholt punktiert.

Bei zwei Kindern genügte einmalige Punktion, um den Ascites definitiv zu beseitigen, bei zweien mußte zweimal, bei einem viermal

punktiert werden. Die Punktion wurde stets in der Linea alba unter Narkose vorgenommen.

Die Indikation zur Punktion ist für K. folgende. Gelingt es durch Regelung der Diät, durch Sonnenbestrahlungen und Bettruhe, durch salzarme Kost, durch Diuretica nicht, den Aszites zu verringern, oder zeigt sich Tendenz zur Zunahme desselben, dann erscheint eine Punktion gestattet.

Es wurde stets beim ersten Male die freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle maximal entleert und ein zirkulär umfassender, straffer Kompressionsverband angelegt.

Rezidivierte der Erguß, dann wurde erneut punktiert; in einem Falle, wie schon erwähnt, viermal. Es erschien unzweckmäßig, die Kinder allzulange und absolute Bettruhe einnehmen zu lassen. Trat bis zu 14 Tagen nach der Punktion keine erneute Flüssigkeitsansammlung auf, dann wurde erst eine Stunde, dann kontinuierlich längeres Aufsein gestattet. Daß durch dieses frühzeitige Aufstehenlassen die Disposition zu Rezidiven erhöht wird, ist unwahrscheinlich, wenn wir sehen, daß auch bei Bettruhe gegebenenfalls sich die Ergüsse wieder einstellen. In der einschlägigen Literatur wird freilich großes Gewicht auf Bettruhe, Vermeidung von Spiel, Spazierengehen usw. gelegt und die Gefahr einer Liberalität in dieser Hinsicht durch Beispiele von Rezidiven bzw. Verschlimmerungen belegt. Eine Verschlimmerung hat K. bei den Kindern nie gesehen. Wohl aber ein Wiederauftreten von Aszites, auch bei strenger Bettruhe.

K. hat Kindern mit mäßigem Aszites, der bei Anwendung rationeller Ernährung, Freiluftliegekur und Sonnenbestrahlung nicht zurückging, versuchsweise freie Bewegung (möglichst unbekleidet) gestattet und zweierlei beobachtet: ein Zurückgehen und Verschwinden des Aszites oder eine Zunahme. In diesem letzteren Falle wurde dann Punktionsbehandlung eingeleitet.

Schmierseifenkur und Laparotomie hat K. nicht angewendet. Doch sind K. einige Beobachtungen aus der Poliklinik bekannt, wo die Inunktion von Seife, verbunden mit Regelung der Diät, Sonnenbestrahlung und Liegekur zum Verschwinden des Aszites geführt hat. Daß die Rolle der Seife dabei eine sekundäre gewesen ist, ist wahrscheinlich; doch kann K. eine gegenteilige Auffassung nicht durch Gegenbeweise entkräften.

Die Dauer der Behandlung schwankte zwischen 5—9 Monaten. Fünf dieser Kinder sind jetzt, nach $^3/_4$—$1^1/_4$ Jahr, als klinisch völlig gesund zu bezeichnen. Eins hat noch ein abnorm großes Abdomen, aber ohne irgendwelche Beschwerden oder auf Aszites hinweisende Erscheinungen. Es besucht regulär die Schule seit $^3/_4$ Jahren. Eine Coxa vara und dadurch bedingte pathologische Beckenstellung mit sehr starker Lordose verstärkt die abnorme Konfiguration des Abdomens noch.

Bei allen fünf punktierten Kindern traten während ihres Aufenthalts in der Klinik irgendwelche erheblicheren, dauernden Temperatursteigerungen nicht auf. Es handelte sich bis auf ein Mädchen mit sehr ausgedehnter Pleuritis exsudativa um komplikationslose Fälle.

Marfan erwähnt die Pleuritis als besonders häufige Komplikation der Peritonitis tuberculosa. K. sah sie nur einmal unter 11, **Schmid** dagegen bei 14 von 41 Fällen.

Mit Tuberkulin wurden zwei Peritonitiden behandelt, die eine mit, die andere ohne Erfolg. Letztere war sicher mit Hilustuberkulose vergesellschaftet, erstere dagegen nicht.

Von den sonstigen Erfahrungen, die K. an seinem Material machen konnte, seien noch folgende Punkte hervorgehoben.

Nach **Berggrün** und anderen Autoren sollen acholische Stühle diagnostisch verwertbar sein. K. sah sie in keinem Falle von Ascites tuberculosus.

Schmid erwähnt, daß er in 7 von 42 Fällen vergrößerte Inguinal- und „Hals"drüsen fand. Tastbare Inguinal-, Nacken- usw. Drüsen haben alle Fälle K.s aufgewiesen. Aber häufig genug ließen sich diese Drüsenintumeszenzen auch bei Kindern feststellen, die frei von jeder Tuberkulose waren. K. legt daher auf dieses Symptom keinen Wert.

Die entzündliche Infiltration der Regio umbilicalis ist nicht selten. **Schmid** beobachtete sie bei 7%, K. einmal. Nach zweimaliger Vornahme der Punktion kam es zum Stillstand des entzündlichen Prozesses und völliger Restitutio ad integrum.

Zum Schluß möchte K. noch über eine atypische Punktion berichten. Es handelte sich hier um ein außerordentlich kachektisches 6jähriges Mädchen (Körpergewicht 16 kg!) mit schwerer Tuberkulose des linken Hüftgelenks, der Darmbeinschaufel und des Os sacrum, vergesellschaftet mit Darmtuberkulose und Amyloid. Da der starke Aszites zu hochgradiger Dyspnoe führte, machte K. in Lokalanästhesie eine Punktion. Die Punktionswunde der papierdünnen Bauchdecken schloß sich jedoch nicht, es bestand 10 Tage lang eine Fistel, durch die sich ununterbrochen Peritonealexsudat entleerte. Irgendwelche bedrohlichen Folgen hatte aber weder der Eingriff noch die fatale Fistel. Diese schloß sich nach ca. 14 Tagen spontan.

Wenn K. also rekapitulieren soll, so gehen seine Erfahrungen dahin, daß er nicht nur keine schlechten Erfolge von der einfachen Punktionsbehandlung der Peritonitis tub. gesehen hat, sondern unzweifelhafte Besserungen. Das Material ist gewiß viel zu klein, um weitergehende Schlüsse als die obigen zu erlauben. Aber es muß berechtigt erscheinen, für einen therapeutischen Eingriff, der leicht von jedem Arzte ausgeführt werden kann, einzutreten, wenn von autoritativer Seite demselben Nutzlosigkeit und Gefährlichkeit nachgesagt wird. —

An der Breslauer und Straßburger Kinderklinik hat K. bei der Sonnen- und Freiluftbehandlung tuberkulöser Kinder schmerzlich die Existenz eines gut wirkenden Schutzmittels gegen das Sonnenlicht vermißt. Besonders im Frühling reagiert die Haut des Säuglings und jüngeren Kindes sehr intensiv selbst auf nur kurzdauernde Sonnenbestrahlung. Werden im Sommer die Kinder zum erstenmal in den an der **Czerny**schen Klinik gebräuchlichen Freiluftanzügen — deren Schnitt **Escherich** gelegentlich eines Besuches in Straßburg so zweckmäßig erschien, daß er sie in seiner neuen Wiener Klinik

einführen wollte — der vollen Sonne ausgesetzt, so kann man oft alle Grade der Dermatitis beobachten. Von der einfachen schmerzhaften Hautröte bis zur schwersten Blasenbildung, die erst in 7 bis 14 Tagen völlig abgeheilt ist. Da die Haut individuell außerordentlich verschiedengradig auf Insolation reagiert, so läßt sich eine Prophylaxe nach festen Normen gar nicht durchführen. Man war vielmehr gezwungen, jedes Kind sorgfältig nach und nach heliotherapeutisch zu behandeln, und verlor dadurch absolut und relativ kostbare Zeit. Denn ein wolkenloser Zeus blaut leider nicht allzuoft über deutschem Boden.

Hier füllt nun ein neues pharmazeutisches Präparat, eine Zeozon benannte Paste, wirklich ein dringendes Bedürfnis aus. Dieses Präparat soll nach den Angaben der Hersteller (Kopp und Joseph-Berlin) in 3%iger Konzentration gegen „Sonnenbrand, Epheliden", dagegen 7%ig als „Ultrazeozon" gegen „Gletscherbrand" prophylaktische Dienste leisten. Das wirksame Prinzip stellen farblose, wasserlösliche Aesculinderivate dar, denen nach Mannich und Zernik dieselbe Eigenschaft zukommt, wie dem Chininsulfat: die ultravioletten Sonnenstrahlen unschädlich zu machen.

K. hat das Zeozon erprobt und die Schutzwirkung in allen Fällen konstatiert. Mit Hilfe der Zeozonpaste gelingt es unterschiedslos, alle Kinder sofort ad libitum den Strahlen der Sommersonne auszusetzen, ohne Gefahr zu laufen, die gefürchteten Dermatitiden zu sehen. Zu beachten ist nur zweierlei: Dickes Auftragen der Paste und Verwendung des 7%igen Präparates „Ultrazeozon". Das 3%ige vermag Irritationen der Hochsommersonne, namentlich bei zarten Kindern und Säuglingen, nicht absolut zu verhüten. Ultrazeozon wirkt dagegen sicher. Das Präparat ist angenehm parfümiert, fleischfarben und an sich ohne jede schädliche Nebenwirkung.

Grätzer.

G. E. Konjetzny, Zur Pathologie der Angiome. (Aus der Kgl. chirurgischen Universitätsklinik zu Kiel.) (Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 5.) Die beschriebenen Fälle illustrieren die ja geläufige Tatsache, daß Tumoren, die nach unserer gang und gäben Vorstellung als gutartig gelten, doch unter Umständen sehr verhängnisvoll werden können.

Im ersten Fall handelt es sich um ein 13 Monate altes Kind. Unmittelbar nach der Geburt soll an ihm nach Aussage der Mutter nichts Abnormes zu bemerken gewesen sein. Etwa 14 Tage später fiel der Mutter auf der linken Wange des Kindes ein etwa hirsekorngroßer roter Fleck auf, der sich in der Folgezeit etwas vergrößerte, weswegen ein Arzt zu Rate gezogen wurde. Dieser konstatierte ein kleines Angiom und hielt dieses begreiflicherweise nicht für sehr beachtenswert. Die Mutter suchte den Arzt leider nicht wieder auf und brachte das Kind erst Anfang August in die Klinik. Sie gab dabei, an daß sich um den roten Fleck auf der linken Wange nach und nach eine knollige, blaurote Geschwulst bildete, die sich anfangs langsamer, zuletzt schneller auf die ganze linke Wangengegend, auf die Nase, die Ober- und Unterlippe und das Kinn ausgebreitet habe.

Das im allgemeinen kräftige, gut genährte Kind zeigt ein außerordentlich entstelltes Gesicht, die linke Wange vom Ohr bis ans untere Augenlid und nach unten über den Unterkieferrand hinaus, die Nase, die ganze Ober- und Unterlippe, die Kinn- und Unterkinngegend ist von einem bläulichroten, meist unregelmäßig

knolligen, schwammigen, kompressiblen Tumor eingenommen, der ohne weiteres als kavernöses Angiom diagnostiziert werden mußte.

Der zweite Fall betrifft einen 26 jährigen Mann. Dieser gibt an, daß er von Geburt an ein großes „Muttermal" unterhalb der linken Achselhöhle besitzt, das sich in seiner Ausdehnung nicht wesentlich verändert habe. Sonst sei weder ihm noch seinen Eltern oder seiner Umgebung etwas Besonderes an seinem Körper aufgefallen. Vor $1^1/_2$ Jahren soll nun allmählich um das „Muttermal" herum eine Anschwellung entstanden sein, die immer größer wurde und sich auf die Brust, den Rücken, den Hals und den ganzen linken Arm ausdehnte.

Der sonst kräftige, mittelgroße Patient bietet folgenden wesentlichen Befund· Etwa handbreit unterhalb der linken Achselhöhle findet sich ein ca. 12 cm langer, bis 6 cm breiter, bläulichroter Fleck mit bräunlicher Nuance, in dessen Bereich die Haut hirsekorn- bis erbsengroße, bläulichrote, stellenweise fast warzige Knötchen aufweist. Dazwischen liegen dicht gedrängt noch kleinere, dunkelblaue Fleckchen. Die linke Thoraxhälfte wird von einem riesigen Tumor eingenommen, der in der Achselhöhle Kindskopfgröße, unterhalb des linken Schulterblattes Mannskopfgröße erreicht und hier bis zum Rippenbogen hinabgeht; außerdem erstreckt sich der Tumor, flach vortretend, auf die Gegend des Musc. pectoralis, diesen zum größten Teile durchsetzend, die Klavikulargruben, die linke seitliche Halsgegend, die ganze Schultergegend, die Gegend median von der linken Skapula, den ganzen linken Arm. Am Arm ist besonders die Innenfläche befallen, der Tumor reicht bis in die Hohlhand und geht noch auf die volare Daumenfläche über. Einzelne Armvenen sind stark erweitert, die Vena cubitalis fast fingerdick. Über dem vorderen Tumorteil zeigt die Haut nach der Achselhöhle zu zahlreiche Venektasien.

Der Tumor ist von schwammiger Beschaffenheit, hier und da, besonders in der Achselhöhle, leicht knollig mit bläulich durchscheinender Farbe. Die Konsistenz ist weich, der Tumor kompressibel. Auch hier steht außer Zweifel, daß eine kavernöse Gefäßgeschwulst vorliegt.

Diese Fälle demonstrieren die viel zu wenig bekannte Tatsache, daß gewisse Angiome eine außerordentliche Wachstumsenergie entfalten und ganz den Charakter bösartiger Geschwülste annehmen können. Von kleinen, oft unscheinbaren kongenitalen Anfängen, können sie gelegentlich nach einiger Latenz zu so mächtigen Geschwülsten sich entwickeln, wie sie durch die oben kurz skizzierten Fälle repräsentiert werden. Diese angiomatöse Proliferation macht vor keinem Gewebe halt. Sie durchsetzt Haut und Muskeln, diese allmählich substituierend. Ja, selbst der Knochen bleibt nicht verschont. Es kann ein oder der andere Skeletteil völlig dezimiert werden. Das haben wir bei Fällen gesehen, in denen das Angiom sich hauptsächlich distal an Extremitäten entwickelt hatte, und wo z. B. ein Finger oder eine Zehe allmählich durch Zerstörung des Knochens in ein gänzlich schlaffes, kavernöses Gebilde umgewandelt worden war.

Grätzer.

Isenschmid, Die klinischen Symptome des zerebralen Rankenangioms. (Aus der Nervenabteilung der Medizin. Klinik zu Heidelberg.) (Ebenda.) I. schildert zwei Fälle. In dem einen handelt es sich um einen 36 jährigen Patienten, in dem anderen um ein $9^1/_2$ Jahre altes Mädchen. Was letzteren Fall anbelangt, so läßt sich kurz zusammengefaßt sagen:

In der Anamnese ein leichtes Schädeltrauma im dritten Lebensjahr. Vom vierten Jahre an Anfälle von Kopfschmerzen, Erbrechen und Schwindel, welche wir, zumal da später typische Stauungspapille konstatiert wurde, als Zeichen periodischer Steigerung des intrakraniellen Druckes auffassen müssen. Zwei Anfälle gingen mit

Bewußtlosigkeit einher, der eine schon mit typischen linksseitigen Jacksonschen Krämpfen und nachfolgender flüchtiger Hemiparese; und schließlich trat noch in neuester Zeit ein Anfall von linksseitiger, flüchtiger Hemiparese auf, bei erhaltenem Bewußtsein.

Der Status zeigt eine Verbreiterung des Herzens nach links und eine Erweiterung der meisten zum Kopf, besonders zu dessen rechter Hälfte aufsteigenden Arterien, einschließlich Aorta und rechte Meningea media, ferner ein Konvolut ektatischer Venen über dem äußeren Rande der rechten Orbita und ein lautes, herzsystolisches Geräusch über dem Schädel, maximal über dem rechten Ohr.

Die Untersuchung des Nervensystems ergab die Überreste einer doppelseitigen Stauungspapille, eine leichte, in ihrer Intensität schwankende Parese des linken unteren Fazialis und des Hypoglossus und eine Steigerung der linksseitigen Sehnenreflexe bei Herabsetzung der Bauchreflexe der linken Seite.

Nach Unterbindung der Arteria carotis communis besserten sich die Beschwerden, speziell die Kopfschmerzen und das Erbrechen, anderseits bildete sich in der Folgezeit auf beiden Seiten das Babinskische Phänomen heraus.

Für die Diagnose griff I. zu der naheliegenden Annahme, daß nicht nur die sichtbaren und durch das Röntgenbild kontrollierbaren Arterien des Kopfes erweitert sein möchten, sondern auch diejenigen der Pia, und stellte in Anbetracht der Flüchtigkeit und Veränderlichkeit aller Erscheinungen von seiten des Nervensystems und der guten Einwirkung der Unterbindung der Karotis die Diagnose mit großer Wahrscheinlichkeit auf ein Angioma arteriale racemosum der pialen Gefäße. Wahrscheinlich werden die Gebiete mehrerer Hirnarterien ergriffen sein, die meisten Symptome lassen sich aber durch eine Beteiligung des Gebietes der rechten Arteria cerebri media erklären, und wir erwarten hier die stärksten Veränderungen.

Differentialdiagnostisch kommen in beiden Fällen gewöhnliche Aneurysmen der intrakraniellen Arterien, in Anbetracht der Schädeltraumen in der Vorgeschichte vielleicht auch Aneurysmata spuria oder arteriell-venöse Kommunikationen in Betracht.

Es würde jede dieser Annahmen die Geräusche am Schädel und die meisten Störungen der Hirnfunktionen erklären, dagegen ließe sich die weitverbreitete Veränderung einer großen Gefäßprovinz dabei nicht verstehen. Vollends macht die lange Dauer der Affektionen in beiden Fällen umschriebene Aneurysmen auf Grund luetischer oder traumatischer Arterienwandveränderung recht unwahrscheinlich, ganz abgesehen davon, daß man für Lues in keinem der Fälle Anhaltspunkte hat.

Auch solide Hirntumoren können ausnahmsweise durch Kompression der Hirnarterien vaskuläre Geräusche verursachen, oder es können in den stark entwickelten Gefäßen eines in der Hauptsache nicht vaskulären Tumors Geräusche entstehen, z. B. in stark vaskularisierten Gliomen. Doch würden wir auch mit einer solchen Annahme die diffuse Veränderung des Gefäßbaumes und die lange Dauer dieser beiden Fälle kaum vereinbaren können.

Stellt man nun auf Grund von I.s Beobachtungen und der Angaben der Literatur die diagnostisch wichtigsten klinischen Symptome des Rankenangioms zusammen, hat man anzuführen: Sehr langsamen, manchmal über Jahrzehnte sich erstreckenden Verlauf, wie er bei soliden Hirntumoren nur ausnahmsweise beobachtet wird bei großem Wechsel in der Intensität der Symptome; sehr weitgehende Remissionen. Als konstantestes Symptom: Jacksonsche Anfälle, fast immer Hemiparese, verständlicherweise gelegentlich auch alle möglichen anderen kortikalen Symptome, wie Hemianopsie, Sprachstörungen, Intelligenzdefekte; nicht selten Stauungspapille oder die Residuen einer solchen, welche beweisen, wie großen Schwankungen der Hirndruck dabei unterliegen kann.

Für die Diagnose besonders wichtig ist die Kombination der Erscheinungen der Hirnkrankheit mit den Symptomen von seiten des vaskulären Apparates. Besonders wird auf Verbreiterung des Herzens nach links und ein Geräusch bei Abwesenheit eines Klappenfehlers oder einer der sonstigen gewöhnlichen Ursachen dieser Herzsymptome bei Hirntumoren künftig zu achten sein; auch eine starke Erweiterung der zum Kopfe führenden Arterien, eventuell auch der Venen des Halses und des Kopfes, wird uns die Diagnose nahelegen, ganz besonders aber auch das Bestehen eines lauten Gefäßgeräusches am Schädel.

Grätzer.

A. Friediger (München), Über eine akute Benzinvergiftung beim Säugling. (Ebenda.) Die Vergiftung kam bei einem 6 Wochen alten Kinde dadurch zustande, daß zum Lösen von wegen einer Hautaffektion applizierter Pflaster Benzin verwandt wurde. Das bewirkte eine sehr schwere Vergiftung, doch wurde das Kind gerettet.

Der Fall lehrt, daß man auch mit der technischen Verwendung von Benzin bei jungen, schwächlichen Kindern sehr vorsichtig sein muß, da deren Organismus schon durch kleine Mengen von eingeatmetem bzw. von der Haut resorbiertem Benzin in größte Lebensgefahr geraten kann.

Grätzer.

G. Mertens, Über Peritonitis purulenta ascendens. (Aus dem Vereinskrankenhause zum roten Kreuz in Bremen.) (Ebenda.) Im Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 81, veröffentlichte Riedel eine Arbeit „Die Peritonitis der kleinen Mädchen infolge von akuter Salpingitis", in welcher er über zehn Fälle berichtet, bei denen die Infektionserreger durch den Genitalschlauch zum Peritoneum aufgestiegen sind. Alle zehn Fälle wurden operiert und starben, ein elftes kleines Mädchen, anscheinend mit dem gleichen Leiden behaftet, wurde nicht operiert, weil es zu schwach war; auch dieses starb, die Obduktion wurde verweigert. — Dann berichtet noch H. Thiemann aus derselben Klinik im Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 92, über einen zwölften Fall von eitriger Peritonitis eines kleinen Mädchens, bei dem die Infektionserreger denselben Weg eingeschlagen hatten. Dieses Mädchen wurde durch die Operation geheilt.

M. kann diese Beobachtungen um fünf Fälle bereichern. Es handelt sich um kleine Mädchen von 2—11 Jahren. Allen ist gemeinsam, daß der Infektion des Peritoneums ein entzündlich-eitriger Prozeß

an den Genitalien unmittelbar vorausging bzw. mit derselben einherging, und M. steht nicht an, diesen letzteren ätiologisch verantwortlich zu machen für die Infektion des Bauchfelles, für welche eine andere Ursache nicht ausfindig gemacht werden konnte.

Der Beginn der Erkrankung war im Gegensatz zu den Riedelschen Fällen, wo alle Kinder aus voller Gesundheit ganz akut erkrankten, nur bei zweien ein akuter; in einem Falle war die Art des Beginnes nicht zu konstatieren, die beiden anderen erkrankten chronisch; es zeigten sich schon mehrere Tage vor der Verschlechterung des Krankheitszustandes Vorboten in Gestalt von Abgeschlagenheit, Schläfrigkeit, Appetitlosigkeit. — In vier Fällen wurde die Diagnose nicht gestellt, die Kinder wurden unter der Diagnose „Appendizitis“ in das Krankenhaus aufgenommen und operiert; nur im Falle 3 ist die Differentialdiagnose richtig gestellt worden. Der Weg, den die Infektionserreger zum Bauchfell gefunden haben, ist in allen fünf Fällen klar ersichtlich, die Kratzeffekte an den Genitalien, oder der eitrige Ausfluß aus der Vagina, oder die Salpingitis oder schließlich die Lokalisation des Eiters im kleinen Becken und um die Adnexe herum lassen ihren zurückgelegten Weg erkennen. Bei ihrer Wanderung nach oben verursachen die Bakterien entweder entzündliche Erscheinungen im Genitalschlauch — Vaginitis, Salpingitis — oder sie können, größere Abschnitte desselben überspringend, direkt in die Bauchhöhle gelangen. Fall 4 war dadurch interessant, daß neben der aufsteigenden Infektion des Bauchfells eine solche durch eine Appendicitis perforativa stattgefunden hatte (Kotstein); in dem Eiter der rechten Bauchhöhlenhälfte wurden in diesem Falle Bacterium coli und Streptokokkus, in dem der linken der Streptokokkus allein nachgewiesen.

Wie kommt nun die Infektion des Genitalschlauches zustande? Riedel sagt in seiner Arbeit: „Wie aber die Infektionserreger in die Genitalien der kleinen Mädchen kommen, das ist mir gänzlich unklar.“ M.s fünf Fälle scheinen auf diese Frage eine klare Antwort zu geben. In drei Fällen konnte M. an den Schamlippen und der Vulva zum Teil entzündete Kratzeffekte feststellen; bei drei Kindern war anamnestisch genau zu eruieren, daß dieselben längere Zeit vor dem Beginn der Erkrankung über Juckreiz an den Genitalien geklagt und sich oft gekratzt hatten; bei einem Kinde konnten im Stuhl Oxyuren nachgewiesen werden.

M. stellt sich nun den Vorgang der Infektion folgendermaßen vor: Die Kinder haben starken Juckreiz an den äußeren Genitalien — wohl meist infolge von Oxyuren, wenn solche auch nicht im Stuhle nachgewiesen werden können —; durch das häufige Reiben und Kratzen, besonders nachts, werden an den äußeren Genitalien und der Vulva Wunden gesetzt, die leicht infiziert werden. Hier haben die Bakterien Zeit — besonders da Kinder nichts zu sagen und eventuelle Schmerzen so lange wie möglich zu verheimlichen pflegen —, sich zu vermehren und infektionstüchtig zu werden; nun können die Bakterien entweder von selbst aus der Vulva weiter hinauf wandern, oder sie können durch das sich immer wiederholende Kratzen manuell höher hinauf befördert werden. M. hält es auch für möglich, daß die Oxyuren

die Weiterträger der Bakterien sind. — Auf diese Weise finden wir auch eine Erklärung dafür, daß diese aufsteigende Peritonitis fast ausschließlich bei Kindern vorkommt — M. hat wenigstens keinen Fall bei Erwachsenen beobachtet. Die Kinder haben eben viel häufiger Oxyuren als die Erwachsenen; hinzu kommt noch, daß die Tube im kindlichen Alter einen gestreckteren Verlauf zeigt als später und ein relativ größeres Lumen aufweist; auch ist das Flimmerepithel noch nicht in Tätigkeit und kann dem Vordringen der Bakterien keinen Widerstand entgegensetzen. — Sehr zu bedauern ist, daß M. weder den Vaginaleiter, noch das Sekret der entzündeten Kratzeffekte bakteriologisch untersuchen ließ; es würde das dann von großem Werte gewesen sein, wenn in diesem und im Bauchhöhleneiter der gleiche Erreger gefunden wäre.

Die Prognose der Erkrankung ist nicht so schlecht, wie sie Riedel darstellt; diesem sind alle Fälle gestorben, mögen sie früh oder spät operiert worden sein. Von M.s Fällen sind drei geheilt. Wodurch dies bessere Resultat bedingt ist, ist nicht mit Sicherheit zu sagen; vielleicht durch die verschiedene Virulenz der Bakterien.

Grätzer.

J. Fein (Wien), Die Abtragung von unvollständig abgetrennten Stücken der Rachenmandel. (Ebenda.) F. hat dazu ein zweckentsprechendes Instrument konstruiert. Es besteht aus einer langgriffigen Schere, deren Branchen flach und an ihrem Ende in einem rechten Winkel nach der Fläche aufgebogen sind. An den vorderen Flächen der aufgekrümmten Branchenenden sind stumpfzackige Klauen angebracht, welche beim Schließen der Schere ineinandergreifen. Die Dimensionen sind derart gewählt, daß das Ende des Instumentes auch in den Rachen von kleinen Kindern leicht eingeführt werden kann.

Das Instrument schneidet den Stiel des flottierenden Stückes an de ranhaftenden Stelle an der hinteren Rachenwand in einem kurzen Augenblicke ausgezeichnet durch und faßt ihn gleichzeitig zwischen den klauenartigen Blättern, so daß ein Entgleiten des Stückes mit Sicherheit vermieden wird.

Der Vorgang, den F. bei der Operation einhält, ist der folgende:

Er operiert das Kind, welches in sitzender Position festgehalten wird, entweder im wachen Zustande oder in der Narkose. Die Abtragung der Wucherungen nimmt er in einem Zug mit seiner rechtwinkelig abgebogenen Kürette vor. Wenn nun der Fall eingetreten ist, daß die ganze Wucherung oder ein Stück an einer Schleimhautbrücke hängen geblieben ist, dann gibt er sich sofort durch die Würgbewegungen des Kranken zu erkennen. Da geht F. nun nicht sofort mit der Schere ein, sondern wartet einige Minuten. Während dieser Zeit läßt er den Kopf des wachen oder aus der Narkose erwachenden Kranken nach vorne neigen, um das Blut durch Mund und Nase ausfließen zu lassen; ferner beruhigt er den Kranken durch Zuspruch und durch die Anweisung, ruhig zu atmen, was gewöhnlich leicht gelingt.

Dieser bisher beschriebene Vorgang hat nichts mit der Anwendung des neuen Instrumentes zu tun, sondern soll nur den Vor-

gang schildern, wie F. ihn überhaupt im Gegensatz zu manchen anderen Operateuren, die an dem aufgeregten, heftig blutenden Kind die fruchtlosen Abtragungsversuche sogleich fortsetzen, auch bisher eingehalten hat.

Wenn sich nun das Kind nach einigen Minuten beruhigt hat und die Blutung geringer geworden ist, kann das flottierende Stück bei zurückgehaltenem Kopfe leicht gesehen werden. Die Schere wird nun geschlossen eingeführt, erst unterhalb des Stieles des Stückes geöffnet, bis an dessen Basis gehoben, und nun flach an die hintere Rachenwand angelegt. Jetzt wird die Schere geschlossen. Dadurch wird das Stück abgeschnitten und gleichzeitig von den Zahnreihen der Klauen gefaßt und mit der Schere ruhig aus dem Munde des Kindes gebracht. Auch wenn die Anheftungsstelle des Stieles hoch oben im Nasenrachen liegen und vom Munde aus gar nicht sichtbar sein sollte, kann sie mit der Schere leicht erreicht werden, da sie oberhalb des herabhängenden, sichtbaren Stückes liegen muß.

Auf diese Weise vollzieht sich in wenigen Sekunden und in Ruhe ein Vorgang, der sich sonst unter den unerfreulichsten Zwischenfällen sehr in die Länge ziehen kann und oft am Schlusse erst recht nicht mit der glatten Abtragung des unvollständig abgetrennten Stückes der Rachenmandel endigt.

Nur nebenbei sei bemerkt, daß merkwürdigerweise der Scherenschlag an der Wurzel der Schleimhautbrücke vom Kranken überhaupt nicht empfunden wird, geschweige denn einen Schmerz verursacht.

Die Gefahr einer Nebenverletzung besteht nur dann, wenn sehr unvorsichtig vorgegangen wird. Es ist als Regel zu beobachten, nicht zuzugreifen oder zu schneiden, wenn die Verhältnisse nicht gut übersehen werden können, und lieber einige Sekunden zu warten, bis Ruhe und Verminderung der Blutung eingetreten ist. Am meisten ist begreiflicherweise die Uvula und der weiche Gaumen gefährdet. Wenn jedoch die Schere geschlossen eingeführt und erst hinter dem Velum geöffnet wird, ist eine Schnittverletzung dieser Teile ausgeschlossen. Vor dem Schließen der Schere muß man sich ferner überzeugen, daß die Uvula sicher nicht im Bereiche der beiden Klauen liegt, da sie sonst eingeklemmt würde.

Unter Beobachtung der geschilderten Maßnahmen und Vorsichtsregeln ist der Eingriff spielend einfach, gefahrlos und kürzt eine unter Umständen kritische Situation rasch ab.

Die Schere wird vom Fabrikanten H. Reiner, Wien I, Franzensring 22 hergestellt.

Grätzer.

M. Pfaundler (München), Hungernde Kinder? (Ebenda.) Oppenheimer und Landauer teilten jüngst Zahlen und Schlüsse über den „Ernährungszustand" zweier Kategorien von Münchener Volksschülern mit. Sie fanden, daß diese Kinder großenteils hinsichtlich gewisser Körpermaße (Länge, Gewicht, Brustumfang, Zentimetergewicht) gegenüber den normalen Durchschnittsmaßen zurückgeblieben sind, und sie bezeichneten auf Grund dieser Feststellung einen sehr großen Prozentsatz jener Kinder als „unterernährt". Dieser Ausdruck wird von manchen promiscue mit und im Sinne von

„unterentwickelt" gebraucht — ebenso wie man gelegentlich in Ärztekreisen von „Ernährungszustand" sprechen hört, wo der „Entwicklungszustand" gemeint ist. Aus dem Schlußpassus jener Publikation aber geht hervor, daß die Verfasser den Ausdruck „unterernährt" in einem engeren Sinne verstanden wissen wollen; als Konsequenz aus ihren Feststellungen gehe nämlich die Forderung einer genügenden Schulspeisung hervor. Noch deutlicher kommt dies in dem Titel eines auf dasselbe Material gestützten und zum Teil wörtlich gleichlautenden Aufsatzes von Oppenheimer im Dezemberheft der „Süddeutschen Monatshefte" 1911 zum Ausdruck, der da lautet: „Hungernde Kinder".

Die Hälfte oder mehr der Münchener Vorstadtschulkinder hungert! Man begreift, daß die Thesen von Oppenheimer und Landauer auch in die Tagespresse gedrungen sind und in weiten Kreisen Aufsehen erregt haben. An jene Publikation schloß Oppenheimer auch sogleich eine Propaganda zur Abwehr gegen das von ihm aufgedeckte Übel; Geld werde — so meint er — dafür zu haben sein, „sobald in Köpfen und Herzen der Gedanke Wurzel geschlagen hat, daß es barbarisch und eines Kulturvolkes völlig unwürdig ist, unschuldige Kinder hungern zu lassen".

Das warme humane und soziale Empfinden, das hierin zum Ausdruck kommt, berührt ungemein sympathisch, und es ist bestimmt zu erhoffen, daß es in behördlichen und privaten Kreisen sein Echo finden werde. Solches Empfinden darf aber die nüchterne Kritik an den gemachten Erhebungen und Vorschlägen nicht beeinträchtigen; sonst würde man Gefahr laufen, den wesentlichen Kern der Sache zu verkennen und demgemäß bei der Wahl der Abwehrmaßregeln einen Fehlgriff zu tun oder wenigstens ungerechtfertigte Hoffnungen zu erwecken.

Hinsichtlich des von Oppenheimer und Landauer aufgerollten Problems ergeben sich zunächst die folgenden konkreten Fragen:

1. Welches sind die Folgen der Unterernährung für den wachsenden Organismus; wie äußert sich diese speziell an den Körpermaßen des Kindes?

2. Boten die auf Oppenheimer und Landauers Anregung untersuchten Kinder diese Folgen in dem Ausmaße und der Häufigkeit wie angegeben dar?

3. Kommen für die angetroffenen Abweichungen etwa auch andere Ursachen als eine Unterernährung in Betracht und — wenn ja — sind Oppenheimer und Landauer in einwandfreier Weise dahingelangt, diese anderen Möglichkeiten alle auszuschließen und derart stattgehabte Unterernährung als wahre Ursache zu erkennen?

4. Welche Mittel können dazu dienen, über die Verbreitung von Unterernährung bei Schulkindern etwas in Erfahrung zu bringen?

P. beleuchtet diese Fragen und gelangt zu folgenden Schlüssen: Es ist unerwiesen und recht unwahrscheinlich, daß die Hälfte oder gar die Mehrzahl der Münchener Vorstadtschulkinder „hungert" und infolge habitueller Unterernährung in der Körperentwicklung zurückgeblieben ist. Die dankenswerten Erhebungen von Oppenheimer und Landauer werden nach gewissem Plane erweitert und vertieft

werden müssen. Vielleicht gelingt es so festzustellen, wie viele und welche Schulkinder unter einer quantitativ unzureichenden Ernährung leiden, und werden sich darauf Vorschläge zu einer rationellen Abhilfe gegen das Übel basieren lassen. Grätzer.

J. Zappert, Zur Prognose der Epilepsie im Kindesalter. (Aus dem Kaiser Franz-Josef-Ambulatorium in Wien.) (Medizin. Klinik 1912. Nr. 6.) Z. führt zunächst sieben Fälle vor.

Diese Fälle haben das Gemeinsame, daß nach einer relativ starken Anfallperiode eine Besserung eintritt, die fast immer auch dann anhält, wenn die anfänglich gegebenen Mittel sistiert wurden. Die Besserung zeigt sich darin, daß 1—2 Jahre keine Anfälle mehr aufgetreten sind. Dies ist sicherlich keine Heilung, ja in manchen Fällen kaum mehr als eine etwas länger dauernde Remission. Aber sie ist doch für die geistige Entwicklung des Kindes und für die erziehlichen Bestrebungen der Eltern von eminentester Wichtigkeit. Alle diese Fälle gehören in das Kapitel der typischen Epilepsie, wenigstens war im Laufe der Beobachtungszeit kein Grund zu einer andern Auffassung vorhanden.

Eine andere Gruppe ist durch den folgenden Fall gekennzeichnet:

Hermann S., 9 Jahre alt. Im siebenten Lebensjahre, September 1909, in kurzen Zwischenräumen zwei nächtliche typische Anfälle mit Konvulsionen, Schaum vor dem Mund usw. Nachher einige Male Starrsehen. Energische Darmableitungsbehandlung, wobei ein Spulwurm abging. Seit dieser Zeit kein Anfall.

Es muß selbstverständlich die Bedeutung dieses Falles ganz offen bleiben; ob der abgegangene Spulwurm tatsächlich, im Sinne der alten Autoren, eine Reflexepilepsie auszulösen vermochte, ob auf Grund nicht näher erklärter Vorgänge doch eine Art von Spätkonvulsionen im Sinne jener der kleinen Kinder vorhanden gewesen war, alles das läßt sich nicht entscheiden. Jedenfalls aber war nach den beiden charakteristischen Anfällen die Prognose kaum so gut zu stellen, wie sie sich bis jetzt gezeigt hat.

Viel diskutiert wird über jene Formen von Epilepsie, welche man aus einer spasmophilen Eklampsie hervorgehen gesehen hat. Redlich hat diese Frage ziemlich eingehend erörtert, und Birk, Potpeschnigg, Hochsinger haben darauf hingewiesen, daß immerhin ein Teil der anscheinenden Eklamptiker später Epileptiker werden. Doch ist dieser Zusammenhang sicherlich kein sehr häufiger, und auch Hochsinger weist ausdrücklich darauf hin, daß seiner Ansicht nach „zwischen der sogenannten idiopathischen Eklampsie des Kindes und der Epilepsie der späteren Lebensperiode kein genetischer Zusammenhang besteht.

In diese Gruppe ist vielleicht folgender Fall zu rechnen:

Bernhard R., 5 Jahre. Mit 1½ Jahren mehrfache Anfälle von Konvulsionen, damals wurde von Z. Tetanie konstatiert. Wiederholung dieser Krämpfe oft mehrere Male täglich bis zum Alter von zirka 2½ Jahren. Seit Mai 1908 bis jetzt (Dezember 1911) anfallsfrei.

Dieser Fall würde zeigen, daß auch langdauernde, auf tetanischer Basis beruhende Anfälle schließlich doch die Neigung zum Sistieren haben können.

Als eine prognostisch recht ungünstige Form der kindlichen Epilepsie gilt jener Typus, bei dem lediglich nur Anfälle von Absencen sich einstellen. Z. selbst kennt einige derartige Fälle mit später ausgesprochener Epilepsie. Doch hat Friedmann in Mannheim mehrfach darauf hingewiesen, daß auch in solchen Fällen eine Heilungsmöglichkeit besteht, und folgende Beobachtung kann vielleicht in diesem Sinne gedeutet werden:

Anna R. Derzeit 6jähriges Mädchen. Vor $3^{1}/_{2}$ Jahren Vorstellung im Ambulatorium mit der Angabe zahlreicher Anfälle von plötzlichem Starrsehen, Schwindel usw., die nach der Beschreibung nicht den Charakter der Hysterie besitzen. In der Nacht Schreckzustände, möglicherweise Pavor nocturnus. Trotz Brombehandlung Weiterbestehen der Anfälle durch ungefähr 1 Jahr. Seither, in einem Zeitraum von 2 Jahren, nach anfänglich Seltenerwerden derselben, keine derartigen Anfälle mehr. Das Kind macht einen geistig wenig geweckten Eindruck, geht zwar in die Schule, ist aber im Lernen zurück.

Wenn man das bisher erwähnte Material kurz resumieren will, so sind es durchaus Fälle, bei denen nicht nur die momentane Auffassung des Falles, sondern auch die längere Zeit durchgeführte Beobachtung die Epilepsiediagnose berechtigt erscheinen ließ. Im folgenden wird auf einige Beobachtungen hingewiesen, welche wohl unter dem Bilde charakteristischer schwerer epileptiformer Anfälle einhergingen, deren Verlauf es aber doch wahrscheinlich macht, daß anderweitige Erkrankungen vorliegen. Hierher gehört folgender Fall:

Bei einem derzeit $4^{1}/_{2}$ Jahre alten Knaben war im Sommer 1909, gleichzeitig mit den meisten anderen Familienmitgliedern, ein schwerer Darmprozeß durchgemacht worden. Nach zirka zweimonatlicher Pause stellte sich zum erstenmal ein typisch epileptischer Anfall ein, ohne daß irgend eine veranlassende Ursache zu erkennen gewesen wäre. Nach 14 Tagen Wiederholung dieses Anfalls, nach zirka 8 Tagen ein neuerlicher Anfall und nun in sehr starker Häufung eine Fülle von Insulten, die sich namentlich in Form der charakteristischen Salaamkrämpfe, in vorübergehenden Zuckungen, Aufschreien, Umfallen, aber auch in typischen, namentlich nächtlichen Konvulsionen äußern. Der Zustand verschlechtert sich zusehends, das Kind verliert die Sprache, hat Speichelfluß, kann schlecht schlucken, schwankt beim Gehen, zeigt starke Reflexsteigerung der Beine, ist dabei aber in der anfallsfreien Zeit bei klarem Bewußtsein. Alle Epilepsiemittel sind erfolglos, der Fall muß auf Grund des schweren Krankheitsbildes als eine Epilepsie diagnostiziert werden, wobei die pseudobulbären Begleitsymptome nicht so sehr als Folge eines lokalen Herdes, sondern vielmehr als solche der schweren dauernden Anfälle aufgefaßt werden mußten. Prognose ungünstig. Überraschenderweise allmähliches Sistieren der Anfälle, Verschwinden der Pseudobulbärerscheinungen und endlich vollkommene Wiederherstellung, die jetzt, seit ungefähr $1^{1}/_{2}$ Jahren andauert. Keine Spur irgend eines geistigen oder motorischen Defektes.

Wenn auch dieser Fall noch keine Entscheidung für alle Zukunft zuläßt, so müssen wir doch zugeben, daß wir ihn in das Bild der genuinen Epilepsie nicht einreihen können, sondern daß wir möglicherweise einen enzephalitischen oder anderweitigen Krankheitsprozeß vor uns hatten, der wie eine subakute Krankheit das Gehirn befallen hat und zur Ausheilung gelangt ist.

Auch ein zweiter Fall steht seit Jahren in Z.s Behandlung, dessen Epilepsiediagnose, trotzdem sie von vielen Seiten gestellt wurde, ihm doch etwas zweifelhaft erscheint.

Bei einem jetzt 8 Jahre alten Knaben traten die ersten Anfälle im zweiten Lebensjahre auf. Es handelte sich um charakteristische epilepsieartige Attacken, die mit Brom behandelt wurden. Nach zehnmonatlicher Pause neuerliche, nur

des Nachts auftretende Anfälle, die immer häufiger wurden, dann auch des Tags, namentlich in den Vormittagsstunden sich einstellten und schließlich zu einem Status führten, bei dem klonische und tonische Krämpfe der Extremitäten und des Gesichts mit kurzem Zusammensinken (Salaamkrämpfe) und plötzliches Starrblicken abwechselten. In solchen Perioden trat eine bedeutende Verschlechterung des Sprechens ein, das Kind bekam Speichelfluß, Schluckschwierigkeiten, auch im Gehen zeigte sich eine Schwierigkeit, wobei Spasmen mit Reflexsteigerungen bestanden. Solche Perioden der Pseudobulbärparalyse waren im Laufe der 6jährigen Beobachtungszeit dreimal aufgetreten. Sie dauerten zuerst zirka 3 Wochen, das zweite Mal zirka 4 Monate und das letztemal 1 Jahr. Diese letzte Periode verdient unsere besondere Aufmerksamkeit. Sie setzte im Winter 1910 ein, führte zu völligem Sprachverlust und zum oben geschilderten, nur noch gesteigerten Bild der Pseudobulbärparalyse, wobei aber die Anfälle immer seltener wurden. Es hatte den Anschein, als ob ein progredienter Hirnprozeß (etwa eine Form von Sklerose) sich eingestellt hätte, der zu allmählicher Aufhebung der Hirnfunktionen führen mußte. Allerdings war das Kind während der ganzen Zeit, wenn auch in seiner geistigen Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt, nicht gerade dement. Die Prognose wurde selbstverständlich ganz ungünstig gestellt. Überraschenderweise besserte sich der Zustand allmählich. Sprache, Beweglichkeit, Schlucken traten wieder auf, der Speichelfluß, der eines der quälendsten Symptome gewesen war, verlor sich vollkommen, und das Kind lernte wieder ganz gut, wenn auch noch etwas verlangsamt sprechen. Derzeit sind 4 Monate seit dieser Besserung verstrichen, und der Knabe macht einen vom Normalen kaum abweichenden Eindruck. Das Überraschendste aber ist, daß die Anfälle trotz Sistierung eines jeden Mittels seit 8 Monaten vollkommen verschwunden sind. Schon auf dem Höhepunkt der Pseudobulbärerscheinungen wurden sie immer seltener und schwächer, und jetzt haben sie sich nicht mehr wieder eingestellt.

Z. ist auch bei diesem Falle keineswegs in der Prognose zu optimistisch und hält das Wiederauftreten von Anfällen für durchaus möglich. Aber er beweist uns, daß gerade im Kindesalter selbst die schwer aussehenden Formen eines Status epilepticus einen relativ günstigen Ausgang nicht ausschließen lassen, wobei die Wahrscheinlichkeit sehr groß ist, daß hier wie in dem eben erwähnten Falle keine einfache Epilepsie, sondern irgend ein Hirnprozeß vorgelegen hat, welcher sekundär zum schweren epileptischen Krankheitsbilde geführt hat.

Ein Gegenstück zu den letztbeschriebenen Fällen bietet folgende Beobachtung.

2 Jahre altes Mädchen leidet seit der Geburt an Anfällen mit Bewußtseinsverlust, die teils in typischen Konvulsionen, teils in Zusammenfallen, Starrsehen usw. bestehen. Langsame geistige Entwicklung, spricht nur wenig. Nachdem Brom wirkungslos gewesen, wurde nach 15 monatlichem Bestande des Leidens Epileptol Rosenberg versucht. Daraufhin rasches Schwinden der Anfälle, das von der Mutter anfangs mit Freuden begrüßt wurde. Später zeigte sich jedoch bei völligem Ausbleiben der Anfälle ein ziemlich rascher geistiger Verfall des Kindes; dasselbe hörte ganz auf zu sprechen, verunreinigt sich und zeigt sich in seinem geistigen Verhalten entschieden geschwächt gegenüber der früheren Zeit.

Auch in diesem Fall ist es sehr leicht möglich, daß den anfänglich epileptischen Insulten ein anderweitiger, aber progredienter Hirnprozeß zugrunde liegt, doch läßt die kurze Beobachtungszeit ein abschließendes Urteil noch nicht zu.

Ganz deutlich war ein solcher Zusammenhang bei einem Knaben zu erkennen.

Aus der Krankengeschichte sei nur hervorgehoben, daß der zurzeit der Vorstellung 16jährige Knabe seit dem Alter von $3^1/_2$ Jahren nach einer fieberhaften Hirnerkrankung an schweren epileptischen Insulten litt, die durch nahezu ein Jahr-

sehnt andauerten. Allmählich gingen diese Anfälle, was Häufigkeit und Intensität betrifft, zurück, es stellten sich aber spastische Lähmungen ein, beziehungsweise die früher bestandenen wurden viel intensiver, die geistigen Regungen nahmen allmählich ab, und es besteht seit zirka einem Jahre das Bild vollkommener spastischer Verblödung mit nur selten wiederkehrenden Anfällen. Dieser Fall dürfte in die Gruppe der Hirnsklerosen einzureihen sein.

Die beiden letzterwähnten Fälle beweisen, daß epileptische Anfälle, wenn sie auch längere Zeit isoliert bestehen, doch oft genug Initialstadien eines schweren Hirnprozesses sein können, in dessen weiterem Verlauf sie dann im klinischen Bilde bedeutend zurücktreten. Die Beobachtungen zeigen, daß die Prognose der Epilepsie im Kindesalter auch in der Hinsicht wohl überlegt sein muß, daß gelegentlich schwere, unheilbare Hirnprozesse hinter derartigen Anfällen stehen.

Halten wir uns aber an die Mehrzahl der hier beschriebenen Fälle, so müssen wir doch zugeben, daß dieselben einen günstigeren Verlauf genommen haben, als man dies nach den anfänglichen klinischen Symptomen, insbesondere nach Art und Häufigkeit der Insulte hätte erwarten müssen. Z. ist weit davon entfernt, in diesen Fällen etwa von einer Heilung der Krankheit zu sprechen, da er ganz gut weiß, daß die hier in Betracht kommenden Zeiträume gegenüber einem so wechselvollen und langgedehnten Leiden, wie es die Epilepsie ist, kaum in Betracht kommen. Es ist aber schwerer, als man dies glauben würde, tatsächlich das Schicksal jugendlicher Epileptiker zu verfolgen. Dieselben sind in der Regel nicht dauernd Spitalpatienten, sondern Frequentanten der Ambulatorien, und wenn man hier etwa nach 10—12 Jahren die Fälle wiederbestellen wollte, käme man wohl bei dem in der Armenbevölkerung so überaus häufigen Wohnungswechsel kaum in die Lage, auch nur eine kleine Zahl der Patienten zu Gesicht zu bekommen. Besser wären solche Studien in Kleinstädten oder in der Privatpraxis anzustellen, aber hier besteht wieder die Schwierigkeit, daß das Material einer einzelnen Klinik, beziehungsweise eines einzelnen Arztes doch kaum groß genug wäre, um daraus irgendwelche statistischen Schlüsse zu ziehen. Auch der umgekehrte Weg, bei nicht nervenkranken Erwachsenen rückläufig nach dem Vorhandensein eventueller epileptiformer Konvulsionen im Kindesalter zu fahnden, hat seine großen Schwierigkeiten, da ja derartige Zustände nicht gerade häufig sind und anamnestische Daten nicht leicht die Entscheidung zwischen Hysterien, kindlichen Konvulsionen oder anderen, als „Krämpfe“ bezeichneten Zuständen zulassen. Bei diesen Schwierigkeiten, ein Material kindlicher Epilepsie durch ein oder mehrere Jahrzehnte hindurch in Evidenz zu halten, scheint immerhin der kleine Beitrag, der im Vorstehenden geliefert ist, nicht ganz belanglos. Wir erkennen daraus zum mindesten, daß Fälle, bei denen die Diagnose einer kindlichen Epilepsie mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit gestellt werden konnte, eine auffällige Besserung zeigen und daß auch nach Aufhören einer sedativen Behandlung durch ein und mehrere Jahre hindurch die Anfälle ausbleiben können. Das ist, wenn auch kein Heilungsvorgang, so doch eine wichtige Tatsache für die geistige Entwicklung der Kinder und läßt immerhin, selbst wenn im späteren Leben die Anfälle

wiederkehren sollten, eine Ausbildung der Kinder und Berufsmöglichkeit zu. Wir sind dadurch berechtigt, die Prognose der Epilepsie im Kindesalter, wenn auch nicht gerade günstig, so doch nicht absolut infaust zu stellen, und dürfen zum mindesten dem Patienten, beziehungsweise deren Eltern, langdauernde Remissionen in Aussicht stellen. Diese Tatsache ist auch anderen Epilepsieforschern bekannt, und Binswanger, Gowers. Feré und andere halten die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung der kindlichen Epilepsie nicht für ausgeschlossen. Auch Vogt, der in seinem Buch über die Epilepsie im Kindesalter die Prognose nur flüchtig erwähnt, spricht von Spontanheilungen, die er jedoch für recht selten hält. Wenn Z. auch aus seinem Material so weitgehende Schlüsse zu ziehen sich nicht für berechtigt hält, so hofft er doch zum mindesten durch vorliegende Untersuchungen das Recht einer etwas milderen Prognose der kindlichen Epilepsie erwiesen zu haben, als wir sie zu stellen gewohnt sind. Grätzer.

G. Löffler, Kasuistischer Beitrag zur Frage der hämorrhagischen Diathese. (Ebenda.) Von den drei Fällen, die L. vorführt, ist folgender, der ein 3 Monate altes Kind betrifft, der interessanteste. Es kommt bei den gewöhnlichen Fällen von hämorrhagischer Diathese sonst nicht vor, daß sich, wie in diesem Falle die Blutung nur in Form von größeren Hämatomen unter der Haut äußert und daß sich weder punktförmige Blutungen der Haut noch irgendwelche Blutungen in der Schleimhaut zeigen. Der Fall läßt sich daher diagnostisch nicht ohne weiteres in die Rubriken Purpura haemorrhagica, Werlhofsche Krankheit oder Hämophilie einfügen. Wegen der Größe der Blutextravasate erinnerte er an die Henochsche Purpura fulminans, unterschied sich aber von dieser wieder durch den über einige Monate protrahierten Verlauf. Der Fall läßt sich daher nur ganz allgemein unter die Erkrankungsgruppe der „hämorrhagischen Diathese“ rechnen. Was weiterhin den pathologisch-anatomischen Befund anlangt, so legte die Konstatierung eines wegen des hämorrhagischen Exsudats (beziehungsweise Transsudats) in vivo vermuteten Thoraxtumors die Versuchung nahe, einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Tumor und hämorrhagischer Diathese zu konstruieren. Da L. aus der Literatur von Herringhaus 1901 veröffentlichte Formen von Purpura bei Sarkomatose erinnerlich waren, lag dieser Gedanke nahe; da jedoch die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab, daß es sich um eine gutartige Neubildung handelte, so kann dieser nur als zufällige Nebenerscheinung betrachtet werden, die mit der zum Tode führenden Krankheit nichts zu tun hat. Daß ein gutartiger, nicht zu Metastasen neigender Tumor, wie es Osteome und Chondrome sind, einen schädigenden Einfluß auf die Gefäßwände oder eine Blutdissolution, infolge deren es zu multiplen Blutungen unter die Haut kommen könnte, herbeizuführen imstande sei, ist doch wohl nicht anzunehmen. Auch daß der hämorrhagische Erguß in der Pleurahöhle durch diesen gutartigen Tumor (etwa durch Gefäßstauung) bedingt, und nur die Hautblutungen als Ausdruck der hämorrhagischen Diathese zu betrachten wären — diese Annahme scheint zu gesucht;

Hautblutungen und Bluterguß in die Pleurahöhle sind auf eine einheitliche Ursache zurückzuführen, für deren Natur die Autopsie einen bestimmten Fingerzeig zu geben scheint. Es fanden sich Milzschwellung und Vergrößerung der lymphatischen Follikel im Ileum. Dieser Befund weist auf eine Infektion hin. Da, von der letzten Woche abgesehen, eine Temperatursteigerung nicht bestand und darum an ein infektiöses Agens im gewöhnlichen Sinne während des Krankheitsverlaufs nicht gedacht wurde, unterblieb bedauerlicherweise die Untersuchung des Bluts auf Streptokokken und verwandte Bakterien. Nur Lues als ätiologisches Moment war ausgeschlossen worden; in der Klinik war während der dortigen Beobachtung Wassermann negativ gefunden worden. Für das infektiöse Virus war offenbar der Darm die Eintrittspforte. Darauf weist außer dem pathologisch-anatomischen Befund im Dünndarme die anamnestische Aufzeichnung hin, daß das Kind 14 Tage vor Auftreten von Symptomen der hämorrhagischen Diathese an Verdauungsstörung litt. Daß diese im Verlauf der Erkrankung nicht stärker in Erscheinung trat, darf nicht wundernehmen, wenn man bedenkt, daß auch bei der in den letzten Jahren viel erörterten spinalen Kinderlähmung oft kurze Zeit vor Erkrankung des Zentralnervensystems gastro-intestinale Störungen obwalten, die dann aber von dem schweren Bilde der nervösen Krankheit verdeckt werden. Offenbar spielt der Darm als Eintrittspforte schwer schädigender Noxen im Kindesalter eine weit größere Rolle als beim Erwachsenen. Daß die Infektionskeime bei der hier interessierenden Krankheitsgruppe gerade das Blutgefäßsystem schädigen, legt den auch von Wolfer ausgesprochenen Verdacht nahe, daß dieses einen Locus minoris resistentiae bei der genannten Krankheit darstellte.

Hierfür die anatomischen Grundlagen in eventuellen Gefäßwandveränderungen zu suchen, wird darum in Zukunft bei gegebener Gelegenheit Aufgabe der pathologischen Anatomie sein, während die Klinik der Infektion als Ursache der hämorrhagischen Diathesen ihre Aufmerksamkeit zuwenden muß, um Licht in das über diesem Gebiete noch lastende Dunkel zu bringen. Grätzer.

M. Lauritzen (Kopenhagen), Über die Indikationen der Anwendung der Haferkur bei Zuckerkranken. (Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therapie 1912. Nr. 4.) v. Noorden fand bekanntlich, daß Hafermehl, als einziges Nahrungsmittel angewandt, manchmal in schweren Fällen von Diabetes vertragen wird und auf die so gefährliche Säurebildung im Organismus hemmend wirken kann. v. Noordens ursprüngliche Indikation der Haferkur war also: schwere Fälle, sowie beginnendes Coma diabeticum.

Daß später die Indikationen der Haferkur erweitert wurden, lag wesentlich daran, daß v. Noorden die ursprüngliche Kur (250 g Hafermehl, 300 g Butter und 100 g Roborat mehrere Tage lang und dann allmählicher Übergang zu strenger Diät) zu der jetzt gebräuchlichen modifizierte, die darin besteht, daß der Patient zuerst einige Tage mit strenger eiweißarmer Diät behandelt wird, also 1—2 Gemüsetage bekommt, dann Haferkur 2—3 Tage und wieder 2 Gemüsetage, die dann von strenger Diät wieder abgelöst werden. Dieser

Turnus hat weit bessere Resultate als die ursprüngliche Methode ergeben.

Andere Bedingungen für ein gutes Resultat sind, daß man amerikanische Hafergrütze verwendet, die auch besser als das Mehl schmeckt, daß der Patient nur Hafer als Suppe und Brei, Butter, die am besten mit Wasser ausgewaschen ist, und 2—6 Eier bekommt. Auch diese müssen manchmal aus der Kost gestrichen werden, um ein gutes Resultat zu erreichen. Als Getränk bekommen die Patienten schwarzen Kaffee, Tee, etwas Wein oder Kognak. Der Hafersuppe wird Zitronensaft zugesetzt, und die Butter muß in der Suppe jedesmal ausgerührt werden wenn sie dem Patienten vorgesetzt wird.

Für Erwachsene hat L. 200—250 g amerikanische Hafergrütze, 200—300 g Butter (ausgewaschen), 10 g Salz und 2—6 Eier, 3 kleine Tassen schwarzen Kaffee, $^1/_3$ Flasche Rotwein oder Moselwein verwendet, Zitronensaft zur Suppe.

Kindern hat er 100—200 g amerikanische Hafergrütze, 100—250 g Butter (ausgewaschen), 6 g Salz, 2—4 Eier, Tee, Kaffee und etwas Rotwein und Wasser gegeben.

Welche Indikationen bestehen nun für die Haferkur?

Nach L.s bisherigen Erfahrungen mit der neuen Form der Haferkur und nach dem Studium der Fälle, die von den Autoren mitgeteilt sind, will er folgende Indikationen als die wichtigsten ansehen:

I. Diabetes bei Kindern. Es scheint irgend etwas vorhanden zu sein — vielleicht bestimmte Verhältnisse in der Darmflora der Kinder —, was bewirkt, daß diabetische Kinder besonders günstig von der Haferkur beeinflußt werden. Es sind vorzugsweise Fälle mit mittelschwerer Glykosurie, die überraschend gute Resultate ergeben. Die Glykosurie schwindet und die Toleranz bessert sich. Es ist jedoch notwendig, die Haferkur in monatlichen Zwischenräumen zu wiederholen. Auch der Diabetes bei Kindern mit schwerer Glykosurie gibt die Indikation für die Haferkur ab, und hier kann man gleichfalls bedeutende Besserung sehen. Die Azidose, die gerade bei Kindern eine so beunruhigende Stärke annehmen kann, indiziert den Gebrauch der Haferkur.

II. Beim Diabetes bei Erwachsenen ist die Haferkur indiziert:

1. In den leichten Fällen, die auf der Grenze zu den mittelschweren stehen, und wo die Azetonurie einen solchen Charakter behält, daß man die progressive Tendenz des Diabetes vermuten muß. In solchen Fällen wird wohl ab und zu Grund zum Versuch einer Haferkur sein.
2. In den mittelschweren Fällen, wo die Glykosurie Neigung hat, sich trotz einer dem Fall angepaßten Diät zu zeigen.
3. In schweren Fällen, die trotz starker Beschränkung des Eiweißes der Kost nicht zuckerfrei werden, muß eine Haferkur oder wiederholte Haferkuren versucht werden. Ferner in den schweren Fällen, wo strenge Diät schlecht vertragen wird und Steigerung der Azidose beunruhigt.

Die periodische Zuführung von Haferstärke in monatlichen Zwischenräumen kann hier die Durchführung strenger Diät erleichtern,

und die Kur kann auf das Allgemeinbefinden und die Muskelkraft stärkend wirken.

III. Coma diabeticum incipiens. Besonders in mittelschweren Fällen, wo aus ein oder der anderen zufälligen Ursache (Reise, Überanstrengung, akute Krankheit), Symptome beginnenden Komas auftreten, wird die Haferkur ziemlich sicher günstige Resultate geben; nur muß man kleinere Butterrationen als gewöhnlich geben und den Patienten nicht mit Hafer übersättigen. Hier wird die Kur nicht mit Gemüsediät eingeleitet, sondern damit, daß man einen halben bis einen ganzen Tag nur Bouillon, Kaffee, Wein oder Kognak, sowie große Natrondosen und Kampferinjektionen gibt. Gleichzeitig sorgt man für Entleerung des Darms und der Patient wird den ganzen Tag überwacht, bis die Gefahr vorbei ist.

In schweren Fällen, wo der Patient stark abgemagert und wenig widerstandsfähig ist, wird ein Coma diab., nach den bisher mitgeteilten Fällen zu urteilen, von der Haferkur kaum günstig beeinflußt werden.

Die Indikationen für die Haferkur sind also, gegenüber den ersten Jahren nach v. Noordens Mitteilungen im Begriff sich zu mehren. Und nach den Erfahrungen, die später gemacht wurden, muß man sagen, daß die Haferkur besonders für die mittelschweren Fälle paßt. Dagegen paßt die Haferkur nicht immer in den schweren Fällen und nicht beim Koma, wenn dies im allerletzten Stadium eines Diabetes eintritt, und nicht für die leichten Fälle ohne Azetonurie.

Grätzer.

F. Jaeger (Erlangen), Ein Fall von narbiger Atresie der Vulva infolge Verbrennung. (Gynäkologische Rundschau 1911. Heft 10.) Die jetzt 14 jährige Patientin war als einjähriges Kind bei Harnbeschwerden über ein Gefäß mit siedendem Wasser gehalten und dabei derartig verbrannt worden, daß die Glutäal- und Genitalgegend stark narbig verändert wurde und somit eine Atresia vulvae cicatrix entstanden war; nur die Mündung der Urethra war freigeblieben. Zur Verhütung von Haematometra und Haematokolpos war mit der beginnenden Pubertät eine operative Freilegung des Introitus und der Vagina erforderlich, die dadurch erzielt wurde, daß die zwischen den Oberschenkeln befindliche, die Vulva kreuzende Hautbrücke gespalten und der Schnitt bis in den Hymen hineingeführt wurde.

Wegscheider.

Wildenrath, Verhütung und Bekämpfung der Skoliose im schulpflichtigen Alter. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen 1911. Bd. 42. Heft 1.) W. ist der Ansicht, daß die Schule durch ihre mannigfachen Schädigungen einen großen Teil der Skoliose verschuldet, so daß man von einer Schulskoliose sprechen kann. Entsprechend diesen Anschauungen empfiehlt er als vorbeugende Maßnahmen solche, welche den schädlichen Einfluß des Unterrichts — Ermüdung und schlechte Haltung — ausgleichen bzw. ausschalten: nämlich Turnunterricht und gute Schulbänke.

So sehr diese Forderungen auch zu unterstützen sind, so soll man sich doch darüber klar sein, daß mit ihrer Erfüllung die Frage

der Skoliose im Schulalter nicht gelöst sein dürfte. Denn erfahrene Beobachter, z. B. Schanz, dessen Anschauungen W. allerdings nicht berücksichtigt, gestehen der Schule eine viel kleinere Rolle in der Ätiologie der Skoliosen zu und daher Schulmaßnahmen auch von einem viel kleineren Effekt in ihrer Verhütung und Behandlung.

Nothmann (Berlin-Wilmersdorf).

Grimm, Über die Milchversorgung der Städte. Welche hygienischen Maßnahmen sind dabei wünschenswert? (Vierteljahrschr. f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen 1911. Bd. 42. Heft 2.) G. bespricht die bekannten Gefahren, die der Milch auf dem weiten Wege von der Produktion bis zur Konsumption drohen, und erörtert die Maßnahmen zu ihrer Verhütung: Stallhygiene, Fütterung der Kühe, die Art des Melkens, die Gesundheitskontrolle des Viehes und die Art des Verkaufes der Milch. Der Milchgroßhandel ist zurzeit die beste Art des Milchhandels, das Ideal bleibt aber nach wie vor ein kommunaler Milchgroßbetrieb. Nothmann (Berlin-Wilmersdorf.)

Wicherkiewicz (Krakau), Über die durch Trauma entstandene Keratitis parenchymatosa und die Rechtsfrage. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. Januar 1912.) Es gibt in der med. Wissenschaft gewisse Fragen, die immer wieder auftauchen, weil sie nicht einheitlich gedeutet werden oder weil sie von einem anderen Gesichtspunkte aus wieder näher erörtert werden sollen. Hierzu gehört auch der Zusammenhang der parenchymatösen Hornhautentzündung mit einem Trauma.

Zuerst hat Perlia-Crefeld im Jahre 1905 in einer denkwürdigen Sitzung des Vereins rheinisch-westfälischer Augenärzte über diesen Gegenstand gesprochen und später darüber geschrieben. Viele und zum Teil wertvolle Aussprachen und Publikationen sind hierdurch angeregt worden.

Was nun die Rechtsfrage anbelangt, so wäre zunächst festzustellen, ob ein Trauma bei einem dyskrasischen Kinde oder doch jüngeren Individuum eine spezifische Hornhautentzündung mit ihren Folgen hervorrufen kann, und zweitens, ob, wenn nachträglich auch das andere Auge erkrankt, die Verletzung auch hierfür verantwortlich gemacht werden darf.

Die erste Frage ist nach W.s Ansicht „außer Zweifel bejahend" zu beantworten.

Weniger einwandsfrei sind die bisher verschiedentlich gemachten Ausführungen über die nachfolgende gleichartige Erkrankung des anderen Auges. Ob diese Affektion zu den sympathischen zu rechnen wäre, wagt W. nicht zu entscheiden, da uns ja sonst sympathische Entzündungen der Hornhaut nicht bekannt seien. (Aber die Keratitis parenchymatosa ist doch nicht lediglich ein Hornhautleiden. Die wenn auch im wesentlichen sekundäre Mitbeteiligung der Uvea und Iris wäre für diesen Gesichtspunkt nicht außer acht zu lassen, wiewohl sonst vielerlei gegen die Auffassung einer sympathischen Wirkung spricht. Ref.)

Ob nun bei der Annahme eines solchen Zusammenhangs eine Unfallversicherungsanstalt für die Erkrankung beider Augen verantwortlich

gemacht werden darf, oder nur einen partiellen Schadenersatz zu tragen hätte, das, meint auch W., ist eine subtile Frage, die, soll sie beiden Teilen gerecht werden, schwer zu beantworten sein wird. Ein sonst gesundes Individuum würde ja eventuell einen traumatischen Insult ohne nennenswerte Folgen überstehen, während ein dyskrasisch belastetes unberechenbaren Schaden davontragen könnte. „Daß unser Mitleid und damit auch ein wohlwollendes Urteil sich dem armen, vielleicht mittellosen Kranken zugewendet, ist leicht begreiflich, aber zulässig nur insofern, als dem verpflichteten Teile kein Unrecht durch großen materiellen Verlust geschähe."

(Dieser Standpunkt des hochgeschätzten W. ist meines Erachtens immer noch zu streng. Ich sage mit der Mehrzahl der rheinisch-westfälischen Kollegen: In dubio pro reo, und schließe mich auch sonst deren Beweisgründen an, zumal solche Fälle sogar selten sind. Ref.) Sommer (Zittau).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Grozer Griffith und **W. G. Spiller,** Amyotonia congenita. (The Amer. Journ. of the medic. sciences. August 1911. Nr. 473.) Fall von Myatonia congenita (Oppenheim) mit Sektionsbericht. Aus letzterem sei hervorgehoben, daß in den Muskelfasern Fett gefunden wurde, was darauf hinweist, daß die Degeneration der Muskelfasern progredient war und nicht lediglich ein Zurückbleiben in der Entwicklung darstellt. Daß die Erkrankung eine primär muskuläre ist, steht noch nicht fest, in ausgesprochenen Fällen ist das Nervensystem deutlich mit affiziert. Ähnlichkeiten zwischen der Myatonia congenita einerseits und der Muskeldystrophie und der Muskelatrophie von Werdnig-Hoffmannschem Typus andrerseits sind nicht abzuleugnen.

Kurt Mendel.

B. S. Oppenheimer, Die pathologischen Befunde der Epithelkörperchen in einem Fall von Säuglingstetanie. (Amer. Journ. of the med. Sc. 1911. S. 558.) O. berichtet über das Verhalten der in Serienschnitten zerlegten vier Epithelkörperchen von einem mit $9^1/_2$ Monaten an typischer Tetanie verstorbenen Kind. Der einzige pathologische Befund war eine Lymphstauung, erweiterte perivaskuläre Lymphräume und Veränderungen, die als geborstene, erweiterte Lymphräume gedeutet werden, und zwar nur in einer von den vier Drüsen. Blutungen und Reste solcher, Phagozyten oder Zysten fanden sich nicht.

Nach O.s Ansicht haben die von ihm gefundenen Veränderungen zur Tetanie keine ursächlichen Beziehungen, eher möchte er sie als Folge von Konvulsionen betrachten. Sechs Mikrophotogramme sind der Arbeit beigegeben. H. Netter (Pforzheim).

Marfan, Punktion des Perikards durch das Epigastrium. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 1911. 11. Juli.) M. zeigt, daß

die Parazentese des Perikards auf diesem Wege nicht nur möglich, sondern auch leichter und sicherer als auf dem klassischen interkostalen Wege ausführbar ist. Er konnte so bei einem $6^1/_2$ jährigen Kind mit eitriger Pneumokokken-Perikarditis zwölf Punktionen in 3 Monaten leicht und ohne Nachteile ausführen. Die entleerten Eitermengen waren 150—450 ccm. — Eine ausführlichere Behandlung der Frage stellt M. durch seinen Schüler Blechmann in Aussicht.

H. Netter (Pforzheim).

Rastouil, Krebs der linksseitigen Adnexe bei einem 16jährigen Mädchen; Abtragung des Uterus, der Adnexe und der Appendix. (Bull. et Mém. Soc. de Chir. 1911. 10. Mai.) Der Beginn des Tumors schien 4 Jahre zurückzureichen und hat sich geäußert in abdominalen Schmerzanfällen; seit 2 Jahren waren die Schmerzen anhaltend. Seit 2 Jahren regelmäßige Menstruation. Keine Alteration des Allgemeinzustandes. Der Tumor, von der Größe des Kopfes eines Fötus, hatte sich auf Kosten der linksseitigen Annexe entwickelt. — Nach dem Ergebnis der histologischen Untersuchung (Sabrazès in Bordeaux) handelte es sich um ein Karzinom.

H. Netter (Pforzheim).

A. D'Espine, Hämorrhagia meningealis subarachnoidea inferior. (Presse médicale 1911. Nr. 39.) Klinische Darstellung und ausgezeichnet klare epikritische Besprechung, durch welche der mitgeteilte Fall unter die Beobachtungen von traumatischer Spätapoplexie einzureihen ist. Er unterscheidet sich von den bisher publizierten Fällen durch seinen meningealen juxta-pedunkulären Sitz und durch den absolut günstigen Ausgang (auch die laterale linksseitige Hemianopsie, die zuletzt noch vorhanden war, ist inzwischen beträchtlich zurückgegangen), wozu die wiederholten Lumbalpunktionen in gewissem Grad beigetragen haben werden.

Der $10^1/_2$ jährige Knabe war beim Schlittschuhlaufen am 26. Jan. auf den Hinterkopf gefallen, d. h. genau 9 Tage vor dem apoplektischen Iktus. Er verlor keineswegs das Bewußtsein uud fuhr auch weiter Schlittschuh; in der Zwischenzeit scheint er von dem Sturz nichts gespürt zu haben und er fuhr auch noch am 2. Februar Schlittschuh, d. h. 2 Tage vor der Attaque, ohne irgend ein zerebrales Symptom zu zeigen.

Man könnte also, so will es scheinen, jeden traumatischen Einfluß leugnen, hätte uns nicht Bollinger 1891 (Festschrift für Virchow) mit Fällen von posttraumatischer zerebraler Hämorrhagie bekannt gemacht, die frappant an den d'Espineschen Fall erinnern; es ist namentlich die Beobachtung III der Bollingerschen Arbeit, die im ganzen Hergang wohl der vorliegenden gleicht, freilich nicht im Ausgang, denn das 13jährige Mädchen starb $1^1/_2$ Stunden nach Beginn des apoplektischen Insults. Bei der Autopsie fand sich in der rechten Hemisphäre, mit dem Unterhorn des rechten Seitenventrikels kommunizierend, ein halbhühnereigroßer Herd mit erweichten Wandungen, die vier Ventrikel mit Gerinnseln gefüllt. An den basalen Arterien und den Wandgefäßen des Herdes keine Läsion erkennbar.

H. Netter (Pforzheim).

Rivière, Intra-uterine Frakturen. (Journal de méd. de Bordeaux 1911. Nr. 15. 9. April.) Auf den ersten Blick machten die oberen Extremitäten des 12 Tage alten Kindes den Eindruck der Thocomelie. Aber die Verkürzung der Glieder beruht nicht auf dem Fehlen von Segmenten, sondern auf dem Vorhandensein von Frakturen. Die Radiographien zeigen rechts deutlich zwei scharf getrennte, nahezu gleichlange, aber fast in rechtem Winkel zueinander stehende Fragmente. Links sind die Verhältnisse fast gleich, aber die beiden Fragmente bilden keinen Winkel. Das Kind kam mit größter Leichtigkeit in Steißlage zur Welt; es handelt sich also nicht um Entbindungsfrakturen. Bei der Mutter fand man eine Paralyse des linken Deltoidens mit Atrophie der anderen Armmuskeln, vielleicht eine Entbindungslähmung; etwas nächtlicher Kopfschmerz; ein Kind ist 2 Jahre zuvor als Säugling gestorben. Bei einem Gewicht des Kindes von 2000 g wog die Plazenta 200 g. R. ist darum zur Annahme eines syphilitischen Ursprungs dieser Frakturen geneigt. Das Ergebnis der WR. ist zur Zeit der Vorstellung noch nicht bekannt gewesen. — Demgegenüber weist J. Carles darauf hin, daß man die Knochenbrüchigkeit mehr und mehr auf Störungen in den Drüsen mit innerer Sekretion zurückzuführen geneigt ist (Schilddrüse und besonders Nebennieren), und er empfiehlt darum einen Versuch mit Adrenalin, das in Verbindung mit Kalksalzen gute Resultate gibt.

H. Netter (Pforzheim).

Dupont, Über eine kleine Varizellenepidemie im Nigerbecken. (Revue de méd. et d'hygiène tropicales 1911. April.) D. hat den Einfluß vorausgegangener Variolisation auf den Verlauf der Varizellen studiert: 35 Kinder auf 100 trugen die Spuren einer überstandenen Variola und 6% die Narben einer 7 Jahre zuvor ausgeführten Impfung. 59% waren das Jahr vorher mit Erfolg geimpft worden. Es geht daraus aufs neue hervor, daß Variola und Varizellen zwei ganz wesensverschiedene Krankheiten sind.

H. Netter (Pforzheim).

Deléarde, Zwei Fälle von infantilem Skorbut. (Echo méd. du Nord 1911. Nr. 6.) Der erste Fall betrifft ein neunmonatiges, seit dem vierten Monat ausschließlich mit abgekochter Buttermilch ernährtes Kind mit einer Pseudoparalyse der Beine seit 2 Wochen und sehr lebhaftem Schmerz bei Palpation des oberen Teils der Tibia; trotz des Fehlens der Zahnfleisch-Fungositäten und des subperiostalen Tumors, nur auf Grund der schmerzhaften Pseudoparaplegie und der Blässe der Haut wurde die Diagnose auf infantilen Skorbut gestellt, die durch die rasche Heilung bei antiskorbutischer Diät ihre Bestätigung fand.

Der zweite Fall betrifft ein elfmonatiges, seit dem dritten Monat mit homogenisierter Milch ernährtes Kind, das seit einem Monat eine schmerzhafte Pseudoparaplegie zeigt; an den beiden oberen mittleren Schneidezähnen keine Zahnfleisch-Fungositäten, nur einfache Rötung. In 10 Tagen Heilung durch Regimeänderung, ohne Zitronen- oder Orangensaft.

H. Netter (Pforzheim).

Armeignac, Quasi totales angeborenes Leukom beider Corneae bei zwei Kindern derselben Familie. (Archives d'Ophthalmologie 1911, Französ. Ophthalmologen-Kongreß 1911. Mai.) Obwohl seit mehr als 150 Jahren bekannt, ist die Affektion doch sehr selten. Die kleine Kranke von A. hatte eine fast vollständige Trübung beider Corneae; nur eine etwa 2 mm breite Randzone war durchsichtig geblieben. Das Aussehen war das einer interstitiellen Keratitis. Syphilis unter den hereditären Antezedentien nicht sicher nachweisbar; A. glaubt an eine intrauterine Keratitis oder an eine Entwicklungshemmung beider Corneae; ein anderes Kind derselben Familie, 4 Jahre zuvor geboren und später gestorben, hatte dasselbe Leiden.
H. Netter (Pforzheim).

P. Nobécourt et **Prosper Merklen** (Paris), Les fonctions rénales au cours des néphrites de l'enfance. (Archives de méd. des enf. 1911. September.) Die Untersuchungen, welche Widal in Verbindung mit Lemière angestellt hat, haben gezeigt, daß es hauptsächlich zwei Arten von Nephritiden gibt: hydropigene oder chlorurämische und urämigene oder azotämische. Jede Nephritisart hat ihre eigene Symptomatologie, die eine Folge der Zurückhaltung von Kochsalz, bzw. von Harnstoff im Organismus ist. In anderen Fällen ist kein so scharfer Unterschied möglich, da die Retention beide Substanzen gleichzeitig oder nacheinander betrifft, in welchen Fällen es sich um eine kombinierte Nephritis handelt. Endlich gibt es auch einfach albuminöse Nierenentzündungen.

Diese Untersuchungen haben eine größere Genauigkeit in das Studium der Nierenentzündungen gebracht, und man darf sich heute nicht mehr auf die Feststellung der Eiweißmenge im Urin beschränken, sondern durch Untersuchung der sonstigen Nierenausscheidung einen Einblick in den Mechanismus derselben zu gewinnen suchen. Die Verff. haben bei Kindern die verschiedenen Ausscheidungsarten bei Nephritis acuta studiert und folgende vier Formen unterscheiden können: a) Die einfache albuminöse Form, bei welcher die Ausscheidung des Kochsalzes und des Harnstoffes eine normale ist. Die Menge des ausgeschiedenen Eiweißes kann eine bedeutende sein und trotzdem keine Retention der in Rede stehenden Auswurfsstoffe stattfinden. Namentlich sind es die nach Scarlatina auftretenden Nephritiden, die in diese Gruppe eingereiht werden können. b) Es gibt Nephritisformen, die sich durch eine unvollständige Kochsalzausscheidung auszeichnen und die von mehr oder weniger ausgesprochenen Ödemen begleitet sind. Ferner ist eine konstante Gewichtsabnahme der betreffenden Patienten zu verzeichnen. c) Bei der azotämischen Form bemerkt man keinerlei Ödeme, höchstens eine unbedeutende Schwellung der Augenlider und des Skrotums; hingegen überwiegen Erscheinungen von seiten des Verdauungstraktes: Appetitlosigkeit und Erbrechen. Die Harnstoffzurückhaltung ist am sichersten durch Untersuchung des Blutes oder der Zephalorhachidianflüssigkeit festzustellen. d) Kombinierte Formen mit Zurückhaltung beider Substanzen. Letztere zwei Formen werden seltener als die ersteren beobachtet.

Die subkutanen und chronischen Formen können ebenfalls unter dem Bilde einer einfachen albuminösen Nephritis und unter demjenigen einer chroruämischen Nierenentzündung in Erscheinung treten. Meist sind es Fortsetzungen der akuten Formen, doch haben die Verff. keinen einzigen Fall auffinden können, bei denen die Niere eine Undurchlässigkeit für Harnstoff dargeboten hätte.

Bezüglich der Symptomatologie der Nephritis des Kindesalters heben die Verff. hervor, daß bei der einfachen albuminösen Form, da die Nieren eine gute Durchlässigkeit für Kochsalz und Harnstoff besitzen, keine nennenswerte Veränderung des Körpergewichtes zu verzeichnen ist. Bei allen Formen ist die Ausscheidung von Salz und Harnstoff unabhängig von derjenigen des Eiweißes, von der An- oder Abwesenheit von Blut, Leukozyten und Zylinder im Harne, sowie auch von der Dauer der Krankheit. Bei den typischen Nephritisformen findet man arterielle Hypertension und Herzerweiterung mit oder ohne Galopprhythmus, doch ist ein Zusammenhang zwischen den kardio-vaskulären Symptomen und den Ausscheidungen durch den Harn nicht festzustellen. Man findet zwar diese Symptome hauptsächlich bei den chlorurämischen Formen, doch können sie auch bei den einfachen Albuminurien angetroffen werden, sowie auch bei der azotämischen und kombinierten Nephritis. Die konvulsive Urämie, welche man mitunter antrifft, ist eher auf die erhöhte Spannung als auf Störungen in der Ausscheidung zurückzuführen.

In prognostischer Beziehung kann gesagt werden, daß die Explorierung der Nierenausscheidungen von viel größerem Nutzen zur Feststellung des gegenwärtigen Standes der Krankheit als für die Vorhersage der Zukunft ist. Bei Kindern ist die Leichtigkeit, mit welcher selbst schwere Nierenerkrankungen ausheilen, eine ganz besondere und jedenfalls eine unverhältnismäßig größere als bei Erwachsenen.

Therapeutisch ist zu bemerken, daß für alle akuten Nierenentzündungen bei Kindern die Hauptnahrung in Milch besteht. Dieselbe schont die Nieren, sichert die Regelmäßigkeit der Ausscheidungen und führt nur wenig toxische Substanzen ein. Bei subakuten und chronischen Formen soll eine ausschließliche Milchernährung verlassen werden und je nach dem Ergebnis der Ausscheidungen eine salzlose, bzw. unterstickstoffhaltige Diät vorgeschrieben werden.

E. Toff (Braila).

D. Dumitrescu (Bukarest), Über Appendicitis calculosa. (Spitalul 1911. Nr. 21.) Appendixsteine kommen nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch im Kindesalter vor, Beweis eines der Fälle D.s, welcher von Leonte operiert worden ist und ein 9jähriges Mädchen betraf. Der betreffende Fremdkörper war ein Sterkoralstein und hatte das Lumen des Wurmfortsatzes vollkommen verstopft. In einem anderen Falle hatte der Stein durch Usur die Appendixwand durchbohrt und ragte zum Teil in die Peritonealhöhle hinein. Die Steine waren meist über bohnengroß und waren die Verhältnisse derart, daß man den Ursprung der klinischen Störungen in einer

totalen Verstopfung des Appendixlumens suchen mußte. Nach Exstirpation trat anstandslos Heilung auf. E. Toff (Braila).

Poenaru-Caplescu (Bukarest), Über die Behandlung der eitrigen Pleuritiden. (Spitalul 1912. Nr. 1.) Die Resultate der Behandlung eitriger Brustfellentzündungen hängen hauptsächlich von einer präzisen und zur richtigen Zeit gestellten Diagnose ab. Es kommt oft vor, daß eitrige Hydatidenzysten der Leber, Leber- oder subphrenische Abszesse, Tumoren der Nachbarschaft, endlich, in seltenen Fällen, gleichzeitig bestehende Zysten der Leber und der Lunge, die Differentialdiagnose außerordentlich erschweren. Es sind Fälle bekannt, in welchen ein Leberabszeß oder eine vereiterte Hydatidenzyste in die gesunde Pleurahöhle geöffnet worden ist und eine tödlich pleurale Septikämie verursacht hat. In allen diesen Fällen und hauptsächlich bei interlobulären Pleuritiden ist die radioskopische und radiographische Untersuchung von großem Nutzen. Sowie die Diagnose auf eitrige Pleuritis gestellt worden ist, muß die medizinische Behandlung aufhören, und es beginnt die Rolle des Chirurgen. Es ist ebenso unsinnig, eine eitrige Pleuritis von einem Internisten behandeln zu lassen, wie Typhus, Scharlach, Keuchhusten oder Asthma vom Chirurgen.

Die chirurgische Behandlung einer eitrigen Pleuritis verlangt vor allem eine tadellose Sterilisation der Instrumente und Verbände und eine genaue Asepsis in der Behandlung. Ferner ist fast immer eine breite Rippenresektion notwendig, da nur durch eine große Öffnung eine gute Absonderung des Eiters und der Pseudomembranen, zu erzielen ist. Bei spät gestellten Diagnosen findet man fast immer eine ausgebreitete Pachypleuritis und adhärente Pseudomembranen, und eine Heilung ist unter solchen Umständen viel schwerer zu erzielen. Das Waschen der Pleurahöhle mit warmem künstlichen Serum ist sowohl für die Reinigung derselben von Nutzen, als auch dadurch, daß durch die Wärme eine aktive Hyperämie des Brustfelles bewirkt wird, wodurch eine erhöhte Vitalität und Elastizität zustande kommt. Die Heilungsdauer beträgt 25 Tage bis 2 Monate.

E. Toff (Braila).

Gr. Jacobson (Bukarest), Einfache Anginen in der Umgebung der Scharlachkranken. (Revista stiintzelor. medicale 1911. November.) In dem Hause eines Scharlachkranken kommt es oft vor, daß Personen aus der Umgebung des Kranken an Mandelentzündungen erkranken, derart, daß man an eine skarlatinöse Angina denken muß. Nähere Beobachtungen beweisen aber, daß es sich doch nicht um Scharlach handeln kann, nachdem man keinerlei Exanthem sieht, keine Hautabschuppung auftritt und auch keinerlei dem Scharlach spezifische Komplikation zur Beobachtung kommt. Andererseits konnte J. feststellen, daß unter fünf Personen, die auf diese Weise an Tonsillitis erkrankt waren, vier bereits einmal Scharlach gehabt hatten. Es ist also sehr schwer, diese Kranken als an unausgesprochenem Scharlach leidend anzusehen, und die einzige Hypothese, welche eine gewisse Wahrscheinlichkeit für sich hat, ist die, daß dieselben durch die Streptokokken der Scharlachkranken

infiziert worden sind. Obwohl der spezifische Mikroorganismus des Scharlachs noch nicht bekannt ist, so kann man doch als sicher annehmen, daß die betreffenden Kranken in sekundärer Weise eine Streptokokkeninfektion darbieten, und es ist nicht unmöglich, daß der Streptokokkus bei denselben eine besondere Virulenz erlangt hat. Die in Rede stehenden Kranken des J. hatten dadurch, daß sie bereits einmal Scharlach durchgemacht hatten, eine Immunität für diese Krankheit erworben, doch keine für die sekundäre Streptokokkeninfektion. Eine andere Bemerkung ist die, daß die betreffenden Mandelentzündungen nicht am Anfang der Krankheit auftreten, sondern meist dann, wenn verschiedene sekundäre Komplikationen zur Entwicklung gelangen, wie Eiterungen, Otitis, eitrige Periarthritis, sekundäre Tonsillitis usw. E. Toff (Braila).

G. A. Petrone und **M. Lo Re,** Die Röntgenbehandlung der kindlichen Milzvergrößerung. (La Pediatria 1912. Nr. 1.) Die Verff. verfügen über acht Fälle. Die Röntgenbestrahlung erzielte keine guten Resultate in einem Falle von Leishmaniaanämie und einem der Fälle von Anaemia splenica pseudoleucaemica, indem zwar Milzvergrößerung und Leukozytenzahl abnahmen, aber der Allgemeinzustand und die Anämie sich rasch verschlechterten, so daß der Exitus bald eintrat. Röntgenbestrahlung mit gleichzeitiger Chinindarreichung erwies sich als sehr wirksam in einem Falle von enormer Malariamilz, während vorher Chinin und Arsenik nur wenig Besserung erzielt hatten. Die dreimonatliche Bestrahlung erzielte fast normale Milzgröße und Besserung des Allgemeinbefindens, während allerdings Leukopenie und Erythrozytenzahl während und lange nach der Behandlung unverändert blieben. 8 Monate später war auch das Blutbild fast normal. In vier Fällen von Anaemia splenica pseudoleucaemica (drei mit Leukozytose, eine mit fast normaler Leukozytenzahl) mit großer Milz, mäßiger Anämie und meist leidlichem Allgemeinbefinden ließ die Milz ziemlich schnell klein und den Allgemeinzustand besser werden; mit Verminderung der Leukozyten. Erythrozyten und Hb. wurden in einem Fall rasch fast normal, in den drei andern erst nach vielen Monaten. Ein letzter Fall war schon wesentlich gebessert, als eine Bronchopneumonie ihn rasch hinraffte. M. Kaufmann.

G. A. Petrone und **C. Vitale,** Kindliche Spasmophilie und Nebenschilddrüsen. (Pediatria 1912. Nr. 1.) Gegen die Theorie, daß die kindliche Spasmophilie von einer Insuffizienz der Nebenschilddrüsen abhängt, werden zwei Einwände erhoben. Der erste betont die Tatsache, daß bei manchen an Spasmophilie gestorbenen Kindern der Befund an den Nebenschilddrüsen negativ war; dem läßt sich jedoch entgegnen, daß es nur funktionelle Störungen der Nebenschilddrüsen geben kann, die sich mit unsern heutigen anatomischen Methoden nicht nachweisen lassen. Der zweite Einwand ist der, daß einige Autoren von der Nebenschilddrüsenopotherapie keinen Erfolg gesehen haben. Dagegen war nun behauptet worden, daß Mißerfolge auf falscher Darreichung des Medikaments beruhen sollen, indem nur subkutane Injektion nutzen, Darreichung per os

dagegen unwirksam sein sollte. Aber die Versuche der beiden italienischen Autoren ergaben die Unwirksamkeit der Opotherapie sowohl bei subkutaner wie bei stomachaler Einverleibung (je zwei Fälle). Die Tierexperimente der Verff. sprechen ferner für die Hypothese Escherichs, daß das im lebenden Körper entstehende Produkt der Nebenschilddrüsen verschieden von den im Laboratorium hergestellten Präparaten sei; sie hatten nämlich dargetan, daß bei Kaninchen mit elektrogalvanischer Übererregbarkeit und anderen Erregungssymptomen infolge von Nebenschilddrüseninsuffizienz (erzielt durch Entfernung der Nebenschilddrüsen der einen Seite und Zerquetschung der der andern Seite) die subkutane Nebenschilddrüsendarreichung ohne Erfolg war. **M. Kaufmann.**

F. Franzl, Über eine Form des kindlichen Dysthyreoidismus. (Pediatria 1912. Nr. 2.) Das Kind, dessen interessante Geschichte hier beschrieben wird, hatte ohne jede Störung 10 Monate die Brust erhalten; bei künstlicher Ernährung bekam es eine schwere, heftig juckende Dermatitis, die bei erneutem Anlegen wich, aber beim Abgewöhnen nach 7 Monaten Mutterbrust wieder erschien, um zu verschwinden, als Thyreoidin gegeben wurde. Die verabreichte Dosis war $^1/_4$ Tablette des Merckschen Präparats, und die Besserung war schon nach 4—5 Tagen deutlich; unter regelmäßiger Darreichung mit eingeschobenen Pausen war nach 3 Wochen das Ekzem völlig geheilt, und nach einigen Monaten konnte das Thyreoidin weggelassen werden, ohne daß es zu einem Rezidiv kam. Nach Ansicht des F. handelt es sich offenbar um eine verspätete Entwicklung der Schilddrüse und ihrer Funktion; das Kind war auf das durch die Muttermilch zugeführte Schilddrüsensekret der Mutter angewiesen und mußte erkranken, als die Zufuhr sistiert wurde. **M. Kaufmann.**

Aage Kock und **H. P. T. Oerum,** Darminvagination bei Kindern, durch ca. 400 dänische Fälle beleuchtet. (Bibliothek for Läger 1911. Nr. 4.) Diese 150 Seiten große Abhandlung ist eine teilweise statistische Bearbeitung von 397 dänischen Fällen von Invaginationen bei Kindern, u. a. allen den in dem Kinderhospitale Königin Louise von 1880—1909 behandelten Fällen. Unter einem Jahr waren 236 = 60%, über ein Jahr 161 = 40%. 272 waren Knaben, 125 Mädchen. Die Invagination war ileo-zökal bei 49,5% der Kinder unter einem Jahr, bei 38% der Kinder über ein Jahr, iliaca bei bzw. 2,6% und 9,2%, colica bei bzw. 12% und 23,7%, iliaca-ileo-coecalis und iliaca-ileo-colica bei bzw. 3,9% und 1,9%, ileo-colica bei bzw. 3,5% und 1,3%, unbestimmt bei bzw. 28% und 25,7%. Die experimentellen Untersuchungen der Verff. stimmen im ganzen mit den von Propping 1910 mitgeteilten überein. In dem Kapitel Ätiologie und prädisponierende Momente vermuten die Verff. als Ursache des Übergewichts der Brustkinder in ihrem Material die bei diesen fehlende Antiperistaltik. Sie stellen ferner die Hypothese auf zur Erklärung des häufigeren Auftretens des Leidens bei Knaben, daß bei denselben ein gewisser Grad von Ektopia testis beinahe physiologisch ist und daß der dadurch leicht vorkommende

Reiz des Funikels eine abnorme Peristaltik hervorrufen kann. Nach eingehender Beschreibung der Symptomatologie und Diagnose wird die Behandlung diskutiert. Unter einem Jahr starben 52%, während 48% geheilt wurden; von diesen waren 135 unblutig behandelt (65% geheilt, 35% gestorben), während die blutige Behandlung ca. 26% Heilungen und 74% Todesfälle gab. Über ein Jahr starben 27%, während 73% geheilt wurden. Die unblutige Behandlung gab für diese Gruppe in 88% Heilung, nur in 12% Todesfälle, während die Laparotomie in 62% Heilung und in 38% Todesfälle gab.

Die Abhandlung wird in extenso in einer deutschen Zeitschrift veröffentlicht werden. Adolph H. Meyer.

Harald Ernberg, Über akute Nephritis in den Kinder- und Jugendjahren mit besonderer Berücksichtigung der Prognose. (Aus der Universitätskinderklinik (Prof. J. Wärn) zu Stockholm.) (Nordiskt medicinskt Arkiv 1911. Abt. II. Heft 2. Nr. 5.) E. hat 106 Fällen von Nephritis acuta, die während der Jahre 1885 bis 1892 in der Universitätskinderklinik waren, außerdem noch 50 Fällen aus der medizinischen Abteilung des Sabbatsberger Krankenhauses aus demselben Zeitraum nachgeforscht. Die letztere Gruppe umfaßte Fälle von akuter Nephritis im Alter 15—30 Jahre. Die Nachforschungen wurden mit Hilfe der Behörden vorgenommen, und es gelang dadurch E., eine verhältnismäßig große Prozentzahl der früheren Krankenhauspatienten viele Jahre nach ihrer überstandenen Nephritis zu untersuchen. Es gelang nämlich 68,5% der aus dem Kinderhospital und 47,4% der aus der medizinischen Abteilung Entlassenen zu finden und zu untersuchen.

Unter denjenigen, die als Kinder eine akute Nephritis durchgemacht hatten und mit dem Leben davongekommen waren, hatte E. also in mehr als der halben Anzahl Fälle 16—23 Jahre nachher über die Schicksale der früheren Patienten Kenntnis erhalten können. Unter den mehr als 40 Fällen, wo eine vollständige Untersuchung gemacht werden konnte, sind in keinem einzelnen Falle Symptome angetroffen worden, die mit Wahrscheinlichkeit auf die überstandene akute Nephritis hindeuten. In derselben Richtung ging die Nachuntersuchung innerhalb der Gruppe, wo die akute Nephritis in dem Alter von 15—30 Jahren eintrat. E. schloß aus seinen Untersuchungen, daß die akute Nephritis der Kinder und junger Individuen gewöhnlich ohne gefährliche Folgen im späteren Leben ist; entweder erliegt der Patient der akuten Krankheit oder er wird geheilt. Ein langsamer Übergang der akuten Nephritis in eine tötende chronische Nephritis ist so selten, daß er praktisch keine Rolle spielt. E. gibt zu, daß die Albuminurie nach einer akuten Nephritis bisweilen ziemlich lange anhalten kann, aber seine Nachuntersuchungen haben die Benignität derselben gezeigt. Die akute Nephritis spielt auch keine Rolle für eine langwierige orthostatische Albuminurie; in seinem Material fand E. keinen einzigen Fall von orthostatischer Albuminurie unter den früheren Nephritispatienten. Adolph H. Meyer.

J. Schabad und **R. Sorochowitsch,** Sind bei der Behandlung der Rachitis der gelbe und weiße Fischlebertran von gleicher Bedeutung? (Pediatrya 1912. Nr. 6.) In einer ausgedehnten, auf experimentelle Untersuchungen gestützten Arbeit kommen die Verff. zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Der weiße Lebertran übt auf den Kalkstoffwechsel bei der Rachitis und auf die Erscheinungen der Tetanie denselben günstigen Einfluß aus wie der gelbe.

2. Der Stickstoff- und Phosphorstoffwechsel wird bei der Rachitis vom weißen ebenso wie vom gelben Lebertran beeinflußt.

3. Ungeachtet des Auftretens von Seifenstühlen kann der Fischlebertan doch eine günstige Wirkung auf die Rachitis haben.

4. Eine neue Versuchsreihe hat die Anschauung bestätigt, daß die Wirkung des Fischlebertrans nicht durch die Bildung von Seifen im Stuhl erklärt werden könne.

5. Die unter dem Einfluß des Lebertrans im Organismus des Rachitikers auftretende Kalkablagerung im Betrage von 10—15 g ist weder bei der histologischen noch der chemischen Untersuchung der Knochen nachzuweisen.

6. Bei der Ernährung des Rachitikers mit kalkarmer Nahrung erhält man eine, wenn auch absolut nicht große, so doch positive Kalkbilanz.

S. Rubinstein (Riga).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung am 11. Januar 1912.

Magyar Fritz: **Erythema toxicum nach Oleum lauri.** Fünf Geschwister einer Familie zeigten nach Anwendung von Oleum lauri — Einreibung der Kopfhaut zur Förderung des Haarwuchses — analoge Veränderungen: intensive Rötung des Gesichtes, hochgradige Schwellung der Haut mit mächtigem Ödem der Lider und der Ohren. Am nächsten Tage entstand ein Erythem der Ober- und Vorderarme. Die Symptome gingen innerhalb 2 Wochen völlig zurück.

K. Leiner: **2jähriges Kind mit spitzen Kondylomen.** Sie entwickelten sich ohne gonorrhoische Grundlage an der Analfalte am Perineum und den großen Labien. Sie bestehen aus kleinen, durchscheinend warzenähnlichen Effloreszenzen, daneben finden sich auch größere, blumenkohlartige Geschwülstchen oder flachgedrückte, hahnkammartige Bildungen. Für die Entstehung der Kondylome in diesem Fall dürfte ein in der Kreuzbeingegend lokalisiertes chronisches nässendes Ekzem in Betracht kommen.

H. Koch: **Periodische Okulomotoriuslähmung bei einem 10 Jahre alten Knaben.** Das Kind kam wegen einer kruppösen Pneumonie zur Aufnahme. Dabei waren die Augenmuskelbewegungen beiderseits frei. Die rechte Lidspalte weiter, die rechte Pupille weit, lichtstarr. 3 Tage nach der Krise trat unter heftigen, in der rechten Kopfhälfte lokalisierten Schmerzen und starkem Tränenfluß des rechten Auges eine komplette rechtsseitige Okulomotoriuslähmung auf. Die Schmerzen verschwanden nach 24 Stunden. Die Lähmungserscheinungen hielten durch 4 bis 5 Wochen an. Nur die Ptosis besserte sich nach 48 Stunden ein wenig.

Anamnestisch ließ sich eruieren, daß Patient im Alter von 16—18 Monaten an Stimmritzenkrämpfen gelitten hat. Zur Zeit des Schulbesuches begannen Kopfschmerzen mit 2—3 wöchentlichen Intervallen, hier und da begleitet von Erbrechen. Manchmal, besonders in der letzten Zeit, bemerkten die Eltern, daß nach einem derartigen Anfalle Lähmungserscheinungen besprochener Art auftraten.

Sperk und Hecht: **Echte Bradykardie nach Diphtherie durch partiellen Herzblock** (elektrokardiographisch nachgewiesen). 3 Jahre altes Kind mit mäßiger Larynxstenose, das schon vom dritten Krankheitstage ab einen Puls von 70 zeigte. Die Pulsfrequenz sank bald auf 50 und hielt sich meist zwischen 50 und 60 Schlägen. Die Herzdämpfung war verbreitert. H. konnte elektrokardiographisch nachweisen, daß nur jede zweite Vorhofsystole auf den Ventrikel überging (Halbrhythmus). Auch in der Venenkurve kann man stets zwei Vorhofswellen auf eine Ventrikelwelle sehen. Nach Injektion von $^3/_4$ mg Atropin sieht H. die Zahl der Ventrikelsystolen auf 160 hinaufsteigen, die Ventrikelsystolen nehmen entsprechend dem partiellen Herzblock auf 80 zu. Die Diphtherietoxinschädigung muß also im Leitungsbündel gelegen sein. In solchen Fällen ist Digitalis kontraindiziert, dagegen Atropin am Platze.

Jehle bemerkt, daß er vor kurzem einen Fall von postdiphtherischer Myokarditis beobachtet hat, bei dem am 7. Tage der Erkrankung die Pulszahl 28, später 22 und endlich nur 18 betrug. Das Kind zeigte hochgradige Blässe und Mattigkeit. Exitus nach 24 Stunden.

H. erwidert, daß es sich im Falle Jehles mit allergrößter Wahrscheinlichkeit um Dissoziation, also Kammerautomatie gehandelt hat. In diesem Falle sei eine vollständige Unterbrechung des Hisschen Bündels anzunehmen.

Emil Fröchels: **Fälle von nervösen Sprachstörungen.**

a) **Hysterischer Mutismus bei einem 7 Jahre alten Mädchen.** Vor 3 Jahren stürzte sich ein Knabe im Spiel mit einem erhobenen Messer auf das Kind. Während der nächsten Wochen fiel es wiederholt zu Boden und schrie: „Vater, nicht stechen.“ Bei einem derartigen Anfall begann Patientin zu stottern. Das Stottern nahm in der Folge zu. Das Kind wurde immer wortkarger und hörte vor 3 Jahren zu sprechen auf. Sprachverständnis war aber einige Zeit noch vorhanden. Das Kind führte alle Aufträge aus. Auch dieses Sprachverständnis nahm ab, und seit einem Jahre reagiert das Kind auf Aufforderungen und auf Aufträge nicht mehr, es sei denn, daß man ihm durch Deuten zu verstehen gibt, was man will. Das Benehmen des Kindes ist ganz vernünftig. Taubheit als Ursache der Stummheit konnte ausgeschlossen werden. Die zweite Möglichkeit Mutismus wegen Stotterns ist auch unwahrscheinlich. Die Diagnose Hysterie wurde dadurch gestützt, daß das Mädchen nach einer Ohrfeige sofort vorgesprochene Silben nachsprach.

b) **Funktionelle Sprachstörung bei einem 6jährigen Knaben nach alternierender Hemiplegie.** Im Alter von einem Jahr zerebraler Prozeß, als dessen Rest man heute eine leichte spastische Parese der rechten Extremitäten und eine kaum merkliche Fazialisparese links erkennen kann. Die Läsion mußte also den Hirnstamm befallen haben. Vor einem Jahr bekam F. das Kind in Behandlung, weil es seit 14 Tagen immer weniger und zum Schluß gar nichts mehr sprach. Es lag anfänglich der Gedanke nahe, den alten Hirnprozeß mit der Sprachstörung in Zusammenhang zu bringen. Das war aber nicht möglich, weil die Sprachmuskeln und das Sprachverständnis vollständig intakt waren. F. nahm daher eine funktionelle Störung an. Der Erfolg einer 14tägigen Therapie, die lediglich in Aufmuntern zum Sprechen bestand, bestätigte die Diagnose. Der

Knabe sprach alles normal. Im Dezember vorigen Jahres begann das Kind singend zu sprechen und vor ca. 3 Wochen zu stottern. Auch für das Stottern nimmt F. eine funktionelle Störung an.

c) **Motorische Aphasie nach Scharlach bei einem 7 Jahre alten Mädchen.** Während der Scharlacherkrankung hohes Fieber, Nephritis und eines Tages plötzlich apoplektischer Anfall mit Lähmung der rechten Extremitäten und motorische Aphasie. Die Lähmung der Extremitäten ging rasch zurück, auch die Sprachlähmung besserte sich deutlich, so daß Patientin stammeln konnte. Die Therapie bestand im Einüben fehlender Laute, wobei man für die mit dem Auge nicht wahrnehmbare Stellung der Mundorgane das Tastgefühl der Patientin zu Hilfe nahm, eventuell man Laute vor dem Spiegel einübte. Auf diese Weise hat sich die Sprachstörung der Patientin wesentlich gebessert. Schick.

Vereinigung Sächsisch-Thüringischer Kinderärzte.

Sitzung in Leipzig am 10. Dezember 1911.

(Offizielles Protokoll.)

(Schluß aus Nr. 6.)

6. Flachs (Dresden) (a) und Schuster (Leipzig) (b): **Die Dentition** (Referatthema). (a wird als besonderes Referat gebracht.)

b) Schuster: Vortragender weist als Zahnarzt auf die Notwendigkeit und den Wert einer Überwachung des Zahnwechsels von seiten des Kinderarztes hin und illustriert die Bedeutung der Milchzahnreihe für den normalen Aufbau eines funktionsfähigen bleibenden Gebisses. An Hand photographischer Abbildungen beweist er den Einfluß des normal und anormal abgelaufenen Zahnwechsels auf die Gestaltung des Kieferskeletts und betont dessen ausschlaggebende Bedeutung für die Harmonie des Gesichtsausdrucks. Bisher lag das Gebiet des Zahnwechsels mehr außerhalb der Interessensphäre des Allgemeinarztes, weil der Durchbruch der Ersatzzähne in klinischer Beziehung dem Arzte anscheinend wenig Gelegenheit bot, irgendwie einzugreifen, und weil man die Überwachung des Zahnwechsels wohl mehr als das Gebiet des Spezialisten, des Zahnarztes, betrachtete. Welch bedeutende Rolle ätiologisch in der Pathologie des Zahnwechsels der vorzeitigen Extraktion einzelner Glieder des Milchgebisses zukommt, veranschaulicht Vortragender an einer Reihe von Modellen und Zeichnungen. Insbesondere sind es die zweiten Milchmolaren und die unteren Milchinzisiven, deren vorzeitiger Verlust zu sehr entstellenden, nunmehr durch langwierige spezialistische Behandlung zu beseitigenden Anomalien führen kann. Ebenso wie ein vorzeitiger Verlust von Milchzähnen kann auch deren Persistenz Anlaß geben zu oft sehr entstellenden und die Funktionsfähigkeit des Gebisses erheblich beeinträchtigenden Unregelmäßigkeiten der Zahnstellung und des Bisses. An Hand entsprechender Modelle werden von dem Vortragenden die Folgen der außerachtgelassenen prophylaktischen Überwachung des Zahnwechsels klargelegt. Im Hinblick darauf, daß dem Kinderarzt in erster Linie sich Gelegenheit bietet, in gar vielen Fällen der Entstehung von Anomalien durch einfache Maßnahmen entgegenzuarbeiten und dadurch eine spezialistische Behandlung zum Vorteil für den kleinen Patienten unnötig zu machen bzw. wesentlich zu vereinfachen, dürfte die Forderung, die prophylaktische Überwachung des Zahnwechsels in den Wirkungskreis des Kinderarztes aufzunehmen, als voll gerechtfertigt erscheinen.

Diskussion. Rietschel ist immer mehr davon überzeugt, daß die Dentition einen Einfluß auf das Kind ausübt. So sind Schmerzen, Unruhe, Aufschreien in der Nacht, schlechter Appetit von verständigen Müttern bei manchem Kinde so einwandfrei bei der Zahnung beobachtet, daß ein gewissenhafter Arzt doch nicht ohne weiteres daran vorübergehen kann. In letzter Hinsicht sind aber alle diese Dinge wohl nie zu beweisen, sondern eine Sache des persönlichen Eindrucks. Daß die alte Lehre von der Dentitio difficilis aufgegeben ist, ist sicher ein großer Fortschritt, und wir müssen als Ärzte danach trachten, daß sie nicht wieder auflebt. Der Beweis, daß die Zahnung Fieber mache, ist einfach nicht zu führen. — Burckhardt (Dresden) meint, das Zahnwachstum könne in derselben Weise Beschwerden auslösen, wie das Körperwachstum. Er übt das Bepinseln des geschwollenen Zahnfleisches mit Höllensteinlösungen. — Soltmann ist der Ansicht, daß es Dentitionskrankheiten nicht gebe. Wohl aber könnte der physiologische Dentitionsprozeß durch bestimmte Krankheitsvorgänge (Spasmophilie, exsudative Diathese, Ernährungsstörungen, Mundaffektionen) so beeinflußt werden, daß pathologische Erscheinungen auftreten. Die Ursache dieser sei also nicht in der Zahnung, sondern in der gemeinsamen Grundkrankheit zu suchen. — Flachs (Schlußwort): Die Skarifikation des Zahnfleiches komme nur in besonderen Fällen in Betracht. Das Argentum wirke wohl mehr als Desinfiziens.

7. Teuffel (Dresden): a) **Mongolismus.** Bericht über ein Mongoloid (Photographie), das mit $3^3/_4$ Jahren einer Pleuropneumonie mit Thrombosen in Lunge und Sinus longitudinalis im Anschluß an Keuchhusten erlag. Knabe, Frühgeburt, aus Musikerfamilie, Eltern beide älter. Hirn wies bei der Autopsie und mikroskopisch typischen Befund der Mongoloiden auf. Thyreoidea makroskopisch normal. Thyreoidin ohne Einfluß.

b) **Zur Thymushypertrophie** (mit Demonstration). Mitteilung eines Falles von Thymustod, wo bei der Sektion eine Kompression, der beiden Bronchi, besonders des rechten, wenig unterhalb der Bifurkation festgestellt werden konnte. Daneben bestand Hypertrophie und Dilatation des Herzens mit allgemeinen Stauungserscheinungen. Maße der Thymus: Länge des linken Lappens 4,5 cm, Länge des rechten Lappens 6 cm, Breite 6 cm, größte Dicke 3 cm. Gewicht nicht bestimmt. Über der Kompressionsstelle im rechten Bronchus lag der dickste Teil des rechten Thymuslappens. Lymphatische Erscheinungen waren außer pastösem Habitus sonst nicht nachweisbar. Geringe Rachitis. Mikroskopisch normales Thymusgewebe. Schon das erste Kind der Familie war unter ähnlichen Symptomen sehr plötzlich gestorben. — Teuffel bespricht die bisher so ungeheuer widersprechenden Angaben über die physiologische Thymusgröße und betont die Notwendigkeit eingehender Nachprüfung. Für die Frage der Thymushyerplasie als mechanische Todesursache seien zu berücksichtigen nicht nur das Gewicht des Thymus, sondern stets auch ihr sagittaler Durchmesser, die besondere Beschaffenheit des Thorax und der Nachbarorgane (Masse, Form und Lage).

Diskussion. Rietschel lehnt einen Zusammenhang zwischen Mongolismus und Myxödem ab. — Thomas pflichtet Rietschel bei. Zwei Schilddrüsen von Mongolen im Alter von über $2^1/_2$ und $4^1/_2$ Jahren aus der Leipziger Kinderklinik wiesen ein im ganzen normales Verhalten auf. Beide waren klein, aber der allgemeinen Körperentwicklung etwa entsprechend. Mikroskopisch war die eine ohne Besonderheiten, die des älteren Kindes zeigte eine gewisse Bindegewebsvermehrung, welche, entsprechend anderen Fällen, vielleicht auf die Tuberkulose, der das Kind erlag, zurückzuführen war. Die Nebenniere des jüngeren bot dasselbe Aussehen wie die Nebenniere einjähriger Kinder. Die Reste der untergegangenen Zone waren noch in großer Ausdehnung vorhanden, eine interessante Teilerscheinung der allgemeinen infantilistischen Entwicklungshemmung. — Hohlfeld hält in dem zweiten Falle die Thymus nicht für abnorm groß und kann sich an dem vorgelegten Präparate nicht von der Kompression der Bronchien überzeugen.

Hohlfeld (Leipzig): **Das Gewicht der Thymus.** Das Gewicht der Thymus ist in hohem Maße von dem Ernährungszustande des Körpers abhängig. Obwohl das bekannt ist, sind die falschen Vorstellungen, die am Krankenhausmaterial über das Thymusgewicht gewonnen werden, doch so mächtig, daß immer wieder normale Befunde für krankhaft gehalten werden, weil sie jenen nicht entsprechen.

Es läßt sich aber auch am Krankenhausmaterial zeigen, wie groß die normalen Gewichte der Thymus sein müssen. Ordnete Vortragender die von ihm untersuchten Fälle nach der Krankheitsdauer, so fand er, je kleiner diese war, auch immer höhere Thymusgewichte, und bei den Fällen, die in den ersten 24 Stunden starben, unterschieden sich die Gewichte nicht mehr von denen, welche Hammar als normal bezeichnet hat.

9. Velde (Berlin): **Tragbare Couvense zum Transport von Frühgeburten.**

IV. Neue Bücher.

O. Heubner. **Reden und Abhandlungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde.** Leipzig 1912, Joh. Ambr. Barth. Preis: 4 Mk., geb. 5 Mk.

Eine Sammlung teils halb, teils ganz populär, teils wegen des Ortes oder der Gelegenheit, wo sie zur Veröffentlichung kamen, ziemlich unbeachtet gebliebener wissenschaftlicher Essays. Wir müssen dem Autor dankbar sein, daß er diese Aufsätze allgemein zugänglich gemacht hat, und er kann sicher sein, daß sie die Beachtung finden werden, die sie verdienen. In dem kleinen Buche sind enthalten: „Pathologisches in Veranlagung und Entwicklung des Kindes“; „Über Kinderpflege“; „Die natürliche Ernährung des Säuglings“; „Eine Betrachtung über die Ernährung des Kindes jenseits des Säuglingsalters“; „Die Ernährung kranker Säuglinge und Kinder“; „Über Skrofulose“; „Über Badekuren im Kindesalter“; „Physiologie und Pathologie des Säuglingsalters im Universitätsunterricht“.

Grätzer.

B. Salge. **Therapeutisches Taschenbuch für die Kinderpraxis.** Berlin 1912, Fischers medizin. Buchhandlung. Preis: 4 Mk.

Die sechste Auflage dieses Buches, das 1904 zum erstenmal publiziert wurde, ist erschienen. Wir haben das kleine Werk schon wiederholt besprochen und können es nur noch einmal allen Ärzten, die es noch nicht besitzen, warm empfehlen.

Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

1. **Akatsuka, T.**, Über Osteogenesis imperfecta congenita (München). — 2. **Amend, Ph.**, Über rachitische Verkrümmungen der unteren Extremitäten und über subkutane Osteotomie (Würzburg). — 3. **Effsing, F.**, Über einen Akardius bei einer Drillingsgeburt (München). — 4. **Fiebach, M.**, Kongenitale Patellarluxationen (Königsberg). — 5. **Flessa, K.**, Gehäuftes Auftreten von akut entzündlichen Herzerkrankungen im Kindesalter (München). — 6. **Flügge, E.**, Überblick über den gegenwärtigen Stand der Frage über die Ursache der Sommersterblichkeit der Säuglinge an Brechdurchfall (Leipzig). — 7. **Fuss, H.**, Lactobacilline und seine Anwendung bei Kinderkrankheiten (Erlangen). — 8. **Groll, H.**, Hämosiderinablagerung in kindlichen Nebennieren (München). — 9. **Günther, H.**, Fall von Leberzirrhose beim Erwachsenen auf Grund kongenitaler Lues (Bonn). — 10. **Kreg-**

Heger, **G.**, Fall von hereditärer, kongenitaler, doppelseitiger Synostose beider Vorderarmknochen an der proximalen Epiphyse (Bonn). — 11. **Maier, L.**, Einfluß des Milieuwechsels auf die Frequenz epileptischer Anfälle bei Kindern (München). — 12. **Mattissohn, M.**, Fall von Ophthalmoplegia totalis unilateralis bei hereditärer Syphilis und über Augenmuskellähmungen auf gleicher Basis (Leipzig). — 13. **Mayr, K. M.**, Fall von kongenitaler Radiusluxation (München). — 14. **v. Pieverling, H.**, Fötale Wassersucht (München). — 15. **Pötzsch, G.**, Behandlung der Diphtherie mit großen und kleinen Serummengen (Leipzig). — 16. **Ratner, V.**, Das Elektrokardiogramm bei angeborenen Herzfehlern (Berlin). — 17. **Schapiro, B.**, Zwillings- und Mehrlingsgeburten (Berlin). — 18. **Scheffen, P.**, Drei Fälle von Extremitätenmißbildung (Bonn). — 19. **Schlitz, A.**, Die chronische Bauchfelltuberkulose des Kindes (Göttingen). — 20. **Serog, C.**, Entwicklungsdifferenzen von Zwillingen (Breslau). — 21. **Simon, J.**, Anatomischer Magenbefund eines Säuglings 5 Monate nach Heilung von Pylorusstenose (Heidelberg). — 22. **Uhlmann, W.**, Pneumokokkenerkrankungen der Knochen und Gelenke im Kindesalter (Heidelberg). — 23. **Umansky, M.**, Fall von Hernia diaphragmatica congenita (München). — 24. **Wolff, A.**, Zur Beurteilung der Temperaturschwankungen beim Kinde (Göttingen). — 25. **Zadek, J.**, Hämorrhagische Erosionen und Magengeschwüre und ihre Beziehungen zur Melaena neonatorum im Anschluß an vier Fälle bei Säuglingen (Freiburg). — 26. **Zschucke, J.**, Fall von Myxchondrosarkom der Rippe bei einem 12jährigen Mädchen (München).

V. Monats-Chronik.

Berlin. Der Kaiser hat den Bau eines Erholungsheimes für Arbeiterkinder Berlins an der Ostseeküste angeordnet. Das Heim wird aus drei Baracken, jede für 50 Kinder, bestehen, und zwar sollen die Kinder in der Regel 4 Wochen dort bleiben, so daß monatlich 150 Kinder aufgenommen werden können. Die Leitung untersteht einer Oberin nebst mehreren Schwestern. Die ganze Einrichtung und Organisation übernimmt Frl. Mathilde Kirschner, die verdienstvolle Tochter des früheren Oberbürgermeisters. Das Heim wird in der Nähe eines von Berlin bequem zu erreichenden Ostseebades im Walde angelegt werden.

Das Kaiserin Auguste Viktoria-Haus hat zwei Merkblätter zur Verhütung der Sommersterblichkeit der Säuglinge herausgegeben.

Breslau. Eine Landeskrüppel-Heil- und Erziehunganstalt soll hier ins Leben gerufen werden. Alles Nähere durch Prof. Ludloff.

Göttingen. Die erste deutsche Provinzial-Heil- und Erziehungsanstalt für psychopathische Fürsorgezöglinge ist am 3. Juni eingeweiht worden.

Heidelberg. In dem benachbarten Solbad Rappenau ist ein unter der ärztlichen Leitung von Prof. Dr. Vulpius (Heidelberg) stehendes Sanatorium für Knochen-, Gelenk- und Drüsenleiden (chirurgische Tuberkulose) eröffnet worden. In dem Sanatorium, das zunächst über 120 Betten verfügt, können Kinder und Erwachsene in drei Verpflegungsklassen aufgenommen werden.

Köln. Die Akademie für praktische Medizin hat im Wintersemester 1912/1913 folgende Fortbildungskurse für praktische Ärzte in Aussicht genommen: 8.—10. November: Diätetik und Stoffwechselkrankheiten, 11.—23. November: Kinderheilkunde, November 1912 bis Januar 1913: Zahnheilkunde, Februar 1913: für Sanitätsoffiziere, März 1913: Röntgenologie, März bis April 1913: für Bahnärzte.

Stuttgart. Die württembergische zweite Kammer hat einen Gesetzentwurf zur Einführung von Schulärzten angenommen. Nach dem Entwurfe hat der Oberamtsarzt in den öffentlichen und privaten Schulen seines Bezirks, auch in den Kleinkinderschulen usw., den Zustand der Schulgebäude, ihre Einrichtung und Benutzung zu untersuchen und zu überwachen, für die Wahrung der gesundheitlichen Anforderungen beim Unterricht zu sorgen, besonders aber die Verbreitung von Gebrechen und Krankheiten unter den Schulkindern festzustellen und zu verhüten und die dazu nötigen körperlichen Untersuchungen in schonender Weise vorzunehmen. Ein Versuch der Sozialdemokratie, auch die ärztliche Behandlung ins Gesetz einzufügen, mißlang. Wo einzelne Städte bisher schon auf diesem Gebiete tätig waren, etwa Schulzahnkliniken hatten, läßt das Gesetz ihnen den Weg frei. Für die durch das Gesetz nach dieser Seite verursachten Kosten soll nach den Beschlüssen des Hauses der Staat aufkommen, der nur für die Tätigkeit der Oberamtsarztes als Impfarzt, aber nicht für die Schuluntersuchungen eine Gebühr von 40 Pfg. auf das Kind von den Gemeinden erhebt. Die Regierung drang umsonst auf stärkere Heranziehung der Gemeinden.

Budapest. Habilitiert hat sich Dr. B. Entz für Kinderheilkunde.

Prag. Dr. F. Schleissner hat sich für Kinderheilkunde an der Deutschen Universität habilitiert. — Dr. M. Pesina, a. o. Prof. der Kinderheilkunde an der Tschechischen Universität, hat Titel und Charakter eines o. Prof. erhalten.

Wien. Am 4. Mai hat die konstituierende Generalversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Schulhygiene stattgefunden. Zum Präsidenten ist Reg.-Rat Prof. Burgerstein gewählt.

Moskau. Vom 15.—21. Dezember wird der erste Allrussische Pädiaterkongreß tagen.

Kasan. Priv.-Doz. Dr. Menschikow ist zum a. o. Prof. der Kinderheilkunde ernannt.

Lissabon. Die Schutzpockenimpfung ist in Portugal eingeführt. Sie hat bei allen Kindern innerhalb des ersten Lebensjahres, die Wiederimpfung zwischen dem siebenten und achten oder vierzehnten und fünfzehnten Jahr zu erfolgen.

Zusatz zu dem Artikel J. Dreyfuss: Serumtod infolge von Anaphylaxie? (In Nr. 6 d. Bl.)

Der von vielen Seiten geäußerte Wunsch, für die zum Schutz gesunder Individuen vorzunehmenden Injektionen von Diphtherie-Antitoxin an Stelle des bisher üblichen Pferdeserums das Serum einer anderen Tierart anwenden zu können, hat die Höchster Farbwerke veranlaßt, durch Immunisierung von Rindern ein antitoxisches Diphtherieserum zu gewinnen, welches der staatlichen Kontrolle unterstellt und unter folgender Bezeichnung abgegeben wird:

Prophylaktisches Diphtherieserum Höchst
Rinderserum
Nr. OR mit 200 I.E.
Nr. IR mit 500 I.E.

H. Netter (Pforzheim).

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XVII. Jahrgang. August 1912. Nr. 8.

Inhalt.

I. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

III. Monats-Chronik.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVII. Jahrgang. 1. August 1912. Nr. 8.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

F. Edelstein und **F. v. Csonka**, Untersuchungen über die Pathogenese der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. 2. Mitteilung. Die qualitativ-(quantitative) Bestimmung flüchtiger Fettsäuren in den Destillaten der Vakuum-Dampfdestillation. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. S. 313.)

1. Dyspeptische und normale Bruststühle enthalten an flüchtigen Fettsäuren als überwiegenden Hauptbestandteil Essigsäure. Die Menge der im normalen Bruststuhl vorkommenden Buttersäure kann auf etwa 0,06 % angegeben werden. In dyspeptischen Stühlen kommen sehr geringe Mengen Capryl- und Ameisensäure vor.

2. Die flüchtigen Fettsäuren im Mageninhalte mit Kuhmilch (Vollmilch) ernährter Kinder bestehen aus: Capryl-, Capron-, Butter- und wenig Essigsäure; Capron- und Buttersäure finden sich in gleichen Mengen.

3. In der Buttermilch nach Koeppe (Vilbelmich) und in einer sauren Milch (nach zweitägigem Stehen) ist als flüchtige Fettsäure hauptsächlich Essigsäure vorhanden, und zwar in der sauren Milch zirka 0,05 %, in der Vilbeler zirka 0,03 % Essigsäure neben wenig Buttersäure.

Schick.

H. Bahrdt und **K. Bamberg**, Untersuchungen über die Pathogenese der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. 3. Mitteilung: Tierversuche über die Wirkung niederer organischer Säuren auf die Peristaltik. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. S. 322.) Es wurde am Hund die Peristaltik nach der Cannonschen Methode (im Röntgenbild) studiert, und zwar bei Milchverdauung ohne und mit Zufuhr der verschiedenen niederen organischen Säuren, welche sich in verdorbener Milch oder bei der Verdauung im Verdauungskanal bilden können, insbesondere der niederen Fettsäuren (Essigsäure bis Caprinsäure), ferner der Milch- und Bernsteinsäure. Es wurde die Dosis der einzelnen organischen Säuren bestimmt, welche bei einmaliger Zufuhr mit Milch eben die Peristaltik zu beschleunigen vermag, und diejenige, welche Erbrechen oder Durchfall hervorruft.

Essigsäure ist von den untersuchten Stoffen die wirksamste und stärker als die anderen. Sie beschleunigt die Peristaltik. Die anderen

sind, je höher sie sind, im allgemeinen um so weniger peristaltiksteigernd. Bei manchen der Säuren scheint eine gewisse Menge, die noch nicht Durchfall und Erbrechen auslöst, im Gegenteil verzögernd auf die motorischen Verdauungsreflexe (Pylorusöffnung, Ileozökalpassage) zu wirken, worin vielleicht ein Schutzmechanismus des Verdauungskanals zu sehen ist.

Vergleicht man die im Experiment wirksamen Dosen unter Berücksichtigung von Gewicht und Nahrungsmengen mit den in verdorbener Milch vorkommenden und mit den bei normaler Milchverdauung im Magen entstehenden Mengen flüchtiger Säuren, wie sie bei anderen Untersuchungen im selben Laboratorium gefunden wurden, so erscheint es unwahrscheinlich, daß die in verdorbener Milch sich bildenden organischen Säuren akute Dyspepsien veranlassen. Eher scheint es möglich, daß die im Magen sich bildenden organischen Säuren bei einer pathologischen Vermehrung oder Ansammlung eine akute Dyspepsie auslösen. Schick.

H. Bahrdt und **K. Bamberg**, Untersuchungen über die Pathogenese der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. 4. Mitteilung: Tierversuche über die Wirkung niederer organischer Säuren auf die Peristaltik vom Duodenum aus und bei wiederholter Fütterung. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. S. 350.) Es wurden mit niederen organischen Säuren, mit Essigsäure (und Buttersäure) Untersuchungen an Hunden mit hoher Duodenalfistel vorgenommen, welche die Wirkung dieser Stoffe auf die Peristaltik des Magens und Darmes betrafen und besonders die quantitativen Verhältnisse berücksichtigen. Es zeigte sich, daß relativ geringe Mengen der niederen Säuren, welche in einem an sich nicht schädlichen Medium (im normalen Chymus) allmählich in das Duodenum gelangen, bereits die Peristaltik des Darmes beschleunigen, außerdem aber reflektorisch einen verlängerten Pylorusschluß bzw. eine verlangsamte Magenentleerung auslösen, ein Reflex, welcher wohl als eine Abwehreinrichtung des Darmes gegenüber aus dem Magen kommender säurehaltiger Nahrung aufzufassen ist. Geringe Mengen von Essigsäure, welche per os zugeführt noch keine radioskopisch erkennbare Beschleunigung der Peristaltik herbeiführen, können, wenn sie in das Duodenum gelangen, bereits zu einer solchen führen und einen Brechdurchfall auslösen. Die Versuche illustrieren die hohe Bedeutung der Magen- und besonders der Pylorusfunktion für die Entstehung von Darmstörungen.

Ob durch die im Magen sich bildenden niederen Säuren (z. B. bei Überfütterung oder bei fettreicher Nahrung) eine akute Magen-Darmstörung eintritt, hängt hiernach nicht nur von der Menge und Art der gebildeten niederen Säuren ab, sondern auch davon, wie rasch der Chymus mit diesen Stoffen in den Darm gelangt. Es ist dies wichtig, weil auf die Magenentleerung noch eine Reihe anderer Faktoren einwirken, z. B. konstitutionelle und nervöse Veranlagung (nervöses Erbrechen), psychische Einflüsse, wahrscheinlich auch äußere hygienische Bedingungen (Überhitzung?), Einflüsse, die gleichfalls bei der hohen Säuglingsmorbidität in Betracht kommen.

Wenn man diese Hilfsursachen berücksichtigt, erscheint die Annahme, daß durch übermäßige Bildung organischer niederer Säuren im Magen akute Magen-Darmstörungen entstehen können, noch wahrscheinlicher. —

Bei einer anderen Reihe von Tierversuchen wurden ähnliche Mengen niederer Säuren (Essigsäure und Buttersäure) mit Milch per os gegeben, und zwar tagelang wiederholt. Diese geringen, aber wiederholten Dosen, die nach anderen Versuchen bei einmaliger Gabe keine oder nur eine geringe Beschleunigung der Peristaltik auslösen, führten zu einer deutlich beschleunigten Darmpassage und zu einer Reaktions- und Konsistenzänderung des Stuhles, gelegentlich zu Durchfall, obwohl sie täglich nur einmal und in großer Nahrungsmenge, also verdünnt, gegeben wurden. Schick.

V. Menschikoff, Chlorretention bei exsudativen Prozessen der Haut. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 439.) Untersucht wurden sechs Kinder, von welchen sich zwei im Säuglingsalter befanden. Einer dieser Säuglinge war zur Zeit der Untersuchung vollkommen gesund und zeigte keinerlei Symptome der exsudativen Diathese, bei dem anderen waren bloß geringe Reste dieser Krankheit vorhanden. Die übrigen Kinder zeigten teils alle Erscheinungen der exsudativen Diathese, teils ausgebreitete Ekzeme. Auch unter den größeren Kindern befand sich ein völlig gesundes Kind, das als Kontrollkind verwendet wurde.

Die Versuche ergaben, daß Kinder mit exsudativer Diathese bei großer Chlorzufuhr eher mit reichlicherer Chlorretention reagieren als gesunde Kinder. Sie geben umgekehrt bei geringer Chlorzufuhr viel rascher als andere Kinder von ihren Chlorbeständen ab. Die aus experimentellen Gründen erhöhte Kochsalzzufuhr hatte auf die Hauterscheinungen keinen Einfluß. Die Schwere der Erkrankung scheint für den Chlorstoffwechsel insofern von Bedeutung zu sein, als Kinder mit manifesten exsudativen Erscheinungen stärkere Schwankungen zeigen, als die mit mehr oder weniger latenter exsudativer Diathese. Schick.

W. Schlieps, Über Herztöne kranker und gesunder Säuglinge. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 450.) In der Literatur findet man widersprechende Angaben über das Verhalten der Herztöne bei zunehmender Herzschwäche. Heubner und Salge u. a. meinen, daß besonders der zweite Herzton schwächer wird, Czerny und Moser geben an, daß der erste Herzton schwächer wird. S. bringt folgende Begründung für die Auffassung, daß es der erste Herzton ist, der bei Säuglingen mit schweren Ernährungsstörungen zuerst dumpf und leise wird, um schließlich ganz zu verschwinden, so daß nur der zweite Ton hörbar ist:

1. Bei älteren Kindern wird in schweren Fällen von Infektionskrankheiten der erste Ton unhörbar.

2. Die Schlaffheit der Skelettmuskulatur läßt auf einen verminderten Tonus des Herzmuskels schließen.

3. Das Leiserwerden des einen Herztones während noch bestehender normaler Blutdruckverhältnisse weist darauf hin, daß es der erste Ton sein muß, der dumpf und leise wird.

4. Der übriggebliebene hörbare Ton ist über der Pulmonalis lauter als an der Herzspitze.

5. Durch Verabreichung von Kampfer werden beide Töne wieder deutlicher, auch in Fällen normalen Blutdruckes.

Durch Röntgenoskopie in Verbindung mit gleichzeitiger Auskultation des Herzens konnte S. die Richtigkeit seiner Meinung bestätigen.

Bezüglich des Herzrhythmus beim gesunden Säugling ergab sich bei gleicher Methodik bei vier unter sechs Brustkindern Prävalieren des zweiten Tones an der Basis, bei den restlichen zwei Brustkindern Überwiegen des ersten Herztones. Bei zehn gesunden Flaschenkindern war achtmal der zweite Ton an der Basis lauter als der erste.

Schick.

Ssokolow, Eine Methode der künstlichen Atmung bei Kindern. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 457.) Gelegentlich einer Tracheotomie, bei der trotz Einführung der Kanüle keine Atembewegung erfolgte, wurde aus äußeren Gründen der Kopf des Kindes einige Male aufgehoben und nach vorn gebeugt. Bei stärkerem Rückwärtsbeugen des Kopfes bemerkte S. ein deutliches Einströmen der Luft in die Trachea; es wurden nun rhythmische Rückbewegungen nach vorn ausgeführt, indem zunächst das Kinn dem Sternum genähert wurde und dann der Kopf nach rückwärts gebeugt wurde, so weit, daß er unter den Tischrand hinabhing. Sehr bald begann das Kind selbständig zu atmen. Diese Handgriffe hat S. seither wiederholt mit Erfolg angewendet.

Bei jüngeren Kindern kombiniert S. diese Nickbewegungen und Rückwärtsbewegungen des Kopfes mit gleichzeitiger Flexion der Beine zum Abdomen. Das Kind liegt mit dem Rücken auf dem Tisch, wobei der Kopf über den Tischrand herabhängt; der Arzt, an der rechten Seite des Kranken stehend, unterstützt mit seiner linken Hand den Kopf des Kindes und beugt ihn bald vor-, bald rückwärts. Mit der rechten Hand werden die Unterschenkel umfaßt und die Oberschenkel bei gebeugtem Kniegelenk in dem Momente an das Abdomen angepreßt, wenn der Kopf nach vorne dem Sternum genähert wird. Dabei erfolgt Exspiration. Bei Rückwärtsbeugung des Kopfes sollen die Beine gestreckt werden. Dabei erfolgt Inspiration.

Die Methode empfiehlt sich auch als Ersatz der Schultzeschen Schwingungen beim Neugeborenen. Sie ist vollkommen ungefährlich, man kann dabei eine Abkühlung des Kindes vollkommen vermeiden, der Arzt ermüdet nicht. Die Methode wirkt durch mechanische Dehnung bzw. Kompression des oberen Teiles des Brustkorbes, außerdem erfolgen auch Zugbewegungen an der Zunge und am Kehlkopf. Ein weiterer Vorteil liegt darin, daß bei starker Rückwärtsbeugung und Herabhängen des Kopfes Hirnhyperämie eintritt, beim Aufheben Abfluß des Blutes vom Gehirn, also bessere Zirkulation des Blutes im Bereiche des Gehirnes.

Schick.

Marie Katzenellenbogen, Zur Theorie des Kochsalzfiebers. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 465.) Heim und John haben die Theorie aufgestellt, daß durch das Kochsalz vor allem Wasserretention hervorgerufen wird. Das Fieber entstehe erst indirekt als Folge dieser hydropigenen Wirkung, wenn dem Säuglingsorganismus zu wenig Wasser gleichzeitig zugeführt wird. Der Säugling ist gezwungen, sein eigenes Wasser zurückzuhalten, beschränkt die Abgabe von Wasser im ganzen Betriebe und vermindert auch die Perspiration durch Haut und Lunge. Diese verminderte Verdunstung des Hautwassers führt zur Wärmestauung und damit zur Temperaturerhöhung.

Bei experimenteller Nachprüfung dieser Theorie konnte K. das Kochsalzfieber durch Zufuhr von verschiedenen Wassermengen nicht unterdrücken. Auch der von Heim und John supponierte Einfluß des Kochsalzes auf die Perspiratio insensibilis ließ sich nicht nachweisen. Bei oraler Verabreichung des Kochsalzes hatte die Menge des gleichzeitig verabreichten Wassers deutlichen Einfluß, mit anderen Worten, die Konzentration der Kochsalzlösung ist bei oraler Verabreichung für das Zustandekommen der Fieberreaktion von Bedeutung. Die Konzentration der Gewebssäfte allein führte nicht zu Fieber.

Wenn also auch die theoretischen Überlegungen über die Verminderung der Perspiratio insensibilis als Ursache des Kochsalzfiebers durch diese Beobachtungen nicht bestätigt werden, ist doch der Einfluß der Form, in der das Kochsalz gereicht wird, der Lösungskonzentration, auf die Heim und John mit Nachdruck hingewiesen haben, auf die Entstehung des Kochsalzfiebers zweifellos.

Schick.

A. Uffenheimer, Arthritismus im Kindesalter und Harnsäureausscheidung. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 482.) Unter Arthritismus — Pfaundler unterscheidet drei Typen — versteht man eine Konstitutionsanomalie, die z. B. in ihrem „erethischen Habitus" folgende Merkmale hat: Haut zart, Augen glänzend, Pupille weit, Wangen wechseln oft die Farbe; Kinder meist mager, grazil, unruhig, lebhaft, impulsiv, reizbar, auch geistig rege, oft frühreif, intelligent, dabei von schwankender Stimmung, ungestüm, unverträglich, junge Sonderlinge, häufig mit ausgesprochenen Talenten, doch einseitiger Begabung. Durch die Bezeichnung: Arthritismus ist eine Ideenverbindung mit der Arthritis, der wahren Gicht, nahegelegt. Trotzdem ist über das Verhalten der Harnsäureausscheidung bei Neuro-Arthritismen so gut wie nichts bekannt. Beim Gichtiker findet man eine Verlangsammung und Verschleppung der Ausscheidung der von außen zugeführten Harnsäure. U. hat zwei Kinder, die unter der Diagnose Arthritismus behandelt wurden, bezüglich ihres Verhaltens gegenüber Zufuhr purinhaltiger Nahrung (Bries) untersucht. Die Kurven beider Kinder zeigen schnell nach der Verfütterung der Nahrung einen jähen Aufstieg der Harnsäureausschwemmung und ein in wenigen Tagen wieder erreichtes Hinunterfallen auf die früheren Werte der rein endogenen Ausscheidung stimmen also vollkommen mit der „Normalkurve" überein.

Bei drei anderen Kindern mit konstitutionellen Störungen (Asthma bronchiale, Neuropathie, Lymphatismus) ergaben sich in bezug auf Harnsäureausscheidung Ähnlichkeiten mit der des Gichtikers.

Schick.

Ad. Czerny, Zur Frage der reaktiven Neubildungsvorgänge bei Leberzirrhose. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. S. 497.) Gognoni hat über einen Fall von Leberzirrhose bei einem $2^1/_2$ Jahre alten Kinde berichtet und gelegentlich der Beschreibung des histologischen Befundes auf die zahlreichen Gallengänge hingewiesen, die von Gognoni als Zeichen von Regeneration gedeutet wurden. C. macht aufmerksam, daß nur Neubildung von Leberzellen für die Annahme der regenerativen Vorgänge zu verwerten ist, während Gallengänge physiologisch als letzter Rest vor Rückbildungserscheinungen des Lebergewebes beobachtet werden. Die Leber wird während des physiologischen Wachstums an den Leberbändern rückgebildet, dabei widerstehen die Gallengänge am längsten der Rückbildung.

Schick.

Schopohl, Beitrag zur bakteriologischen Diagnose der Diphtherie. (Aus dem Kgl. Medizinal-Untersuchungsamt in Breslau.) (Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 8.) S. hat die Methode von Raskin nachgeprüft, kann diese aber nicht rühmen. Wenn auch die einzeitige Doppelfärbungsmethode ein neues Verfahren ist, die Diphtheriebazillen charakteristisch zu färben, so kann S. doch keinesfalls davon behaupten, daß es allen anderen „wegen der Schnelligkeit der Ausführung und Sicherheit der Resultate weit überlegen ist.“ Er hat nicht den geringsten Vorteil gegenüber der Neisserschen Methode gefunden, möchte vielmehr sagen, daß sie eher hinter dieser ausgezeichneten Methode, was die Deutlichkeit der Bilder und die Einfachheit des Farbaktes betrifft, zurücksteht.

Grätzer.

W. Fischer, Die angeborene allgemeine Wassersucht. (Aus dem Patholog. Institut der Universität Göttingen.) (Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 9.) In dem eigenartigen und charakteristischen histologischen Befunde in den Organen und in dem Blut der Kinder sieht F. in den Fällen von angeborener allgemeiner Wassersucht das Symptom einer pathologischen Reizung der blutbereitenden Parenchyme. Er möchte annehmen, daß es irgendwelche bislang noch unbekannte Stoffwechselprodukte der Mutter (Schwangerschaftsnephritis!) sind, die beim Fötus zu einer mehr oder weniger ausgedehnten Zerstörung von Blut führen und jedenfalls die exzessive Tätigkeit der blutbereitenden Organe anregen. Der Aszites, die Ödeme der Frucht, das Ödem der Plazenta sind die weiteren Folgen davon; die verschiedenen Faktoren wirken so verderblich auf die Frucht ein, daß fast regelmäßig Frühgeburt (im neunten oder Anfang des zehnten Monats) eintritt. Die Kinder werden entweder tot geboren oder sterben doch in allerkürzester Zeit nach der Geburt.

Grätzer.

F. Bertling, Über die Verwendbarkeit des Urethans in der Kinderheilkunde. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Göttingen.) (Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 4.) B. unternahm es, an über

50 Kindern der Klinik und Poliklinik eine Reihe von Versuchen anzustellen und möglichst viele Gesichtspunkte zur Verwendung des Urethans in der Kinderpraxis erproben.

Er gab das Mittel in der Klinik meist in Substanz, ohne Korrigentien, in einem Löffel Wasser oder Tee gelöst, in einigen Fällen auch in einer Eingießung oder per clysma, nie bereitete die Applikation irgendwelche Schwierigkeiten. Er verfuhr zunächst so, daß er Kindern das Mittel zu einer Zeit eingab, in der sie sonst nicht zu schlafen pflegten; meist war dies der Fall nach der 5 Uhr-Mahlzeit, oder auch nach der 9 Uhr-Flasche. Er gab nur einmal am Tage eine bestimmte Menge, um einerseits die nötigen Dosen bestimmen zu können, andererseits, weil er diese Art der Applikation für geeigneter und bequemer hält als mehrfache Darreichungen. Während der Versuche wurde in der Umgebung der Kinder nichts geändert, zum Teil standen die Betten in gewohnter Weise auf dem Balkon; wenn Schlaf eingetreten war, wurde allerdings die nächste Mahlzeit, das Messen usw. ausgesetzt, wo es ohne Gefahr geschehen konnte. Er begann vorsichtig mit Dosen von 0,2 g, es zeigte sich aber bald, daß bei dieser Versuchsanordnung auch 0,4 g noch wirkungslos waren. Die Kinder waren munter und agil wie vorher. Die ersten Erfolge sah B. bei 0,5 g: Ein vier Wochen altes Kind schlief nach einer Stunde ein und erwachte erst wieder am nächsten Morgen, ebenso mehrere Kinder von 11—12 Monaten; als aber dann einem dieser Kinder 0,8 g verabreicht wurden, blieb die Wirkung wieder aus, so daß B. die Dosis von 0,5 g für Kinder über 6 Monate noch für zu gering hält. Für dieses Alter war auch bei Gaben von 0,6 bis 0,8 g der Erfolg noch durchaus kein konstanter, obwohl in vielen Fällen rascher und tiefer Schlaf eintrat. Erst bei der Anwendung von 0,9—2,0 g war die Wirkung eine sichere; 30 Erfolgen stehen 4 Mißerfolge gegenüber, davon 3 an ein und demselben Kinde, wovon noch weiter unten die Rede sein wird. Der Schlaf trat in den meisten Fällen nach 10—20 Minuten, bisweilen auch erst nach einer Stunde ein; es war ein durchaus normaler Schlaf, in schöner Schlafstellung, Respiration und Puls unverändert. Die gewöhnlichen Geräusche des Stationsdienstes — z. B. das Einlassen von Badewasser — erweckte die Kinder nicht, wohl aber erwachten sie leicht bei Berührung, z. B. bei Armhochnehmen zum Pulszählen, um bald wieder weiter zu schlafen oder auch wach zu bleiben, wenn sie bereits 1 bis 2 Stunden geschlafen hatten. Ebenso erwachten sie meist nicht zur Zeit der nächsten Mahlzeit, die dann öfters ausgesetzt wurde. Meist dauerte der Schlaf bis zum nächsten Morgen, in einigen Fällen — bei kleineren Dosen — auch nur $^1/_2$—1 Stunde. Andererseits sah B. in der Poliklinik auch Fälle, in denen der Schlaf nach einer längeren Unterbrechung fortgesetzt wurde oder auf dem Nachhausewege eintrat. In bezug auf die Dosierung gewann B. folgende Resultate zur sicheren Erzielung von Schlaf:

Für das Alter von 1—5 Monaten 0,5—0,9 g,
„ „ „ „ 6—12 „ 1,0 g,
„ „ „ „ 1—2 Jahren 1,5 g,
„ „ „ „ 2 Jahren und mehr 2,0 g.

Diese Mengen zu überschreiten war B. nun in zwei Fällen genötigt, die zugleich zeigen, wie dreist man mit der Anwendung sein darf. Beidemale handelte es sich um Kinder von einem Jahre, die stark zurückgeblieben und untergewichtig waren. Das eine war eine Dekomposition, die sich schon lange im Reparationsstadium an der Brust befand, ein heruntergekommenes, elendes Kind. B. gab ihm die seinem Alter entsprechende Menge von 1,5 g, die aber ohne jede Wirkung blieb. 4 Tage später erhielt es nachmittags $^3/_4$5 Uhr 2,0 g, um 5 Uhr 10 Minuten trat tiefer Schlaf ein, der bis zum nächsten Morgen anhielt; den Vormittag machte das Kind noch einen etwas duseligen Eindruck, Mittag war es wieder durchaus wie sonst immer. Das andere Kind hatte eine schwere Pneumonie und Pyelitis durchgemacht, hatte 50% Hämoglobin und $1^1/_2$ Millionen rote Blutkörperchen und war damals nur mit Brust zu ernähren. B. verabreichte 1,0 g, ohne daß eine Wirkung eintrat, nach 1,5 g schlief es nach einer Stunde $^1/_2$ Stunde lang. Nach 2,0 g um 5 Uhr gegeben, schlief es von 5 Uhr 20 Minuten bis 6 Uhr, war dann wieder munter und lebhaft. Warum gerade diese schwächlichen Kinder größere Mengen brauchten, vermag B. nicht zu begründen; nachts schliefen sie beide sehr gut, so daß von einer größeren Empfindlichkeit für äußere Reize keine Rede sein kann.

Irgendwelche Schädigung beim Gebrauche des Urethans hat B. nie gesehen, zweimal trat Erbrechen ein; das eine Mal bei einem nervösen Kinde, das sich gegen die Darreichung energisch wehrte, sich verschluckte und sofort erbrach, das andere Mal trat nach Bericht der Mutter 1 Stunde nach dem Einnehmen Erbrechen auf, ohne der Wirksamkeit Abbruch zu tun.

Nachdem B. so die Dosen gewonnen und sich von der guten Wirksamkeit des Urethans überzeugt hatte, ging er daran, es bei Kindern anzuwenden, die aus irgendwelchen Ursachen nachts unruhig waren und viel schrien, oder auch tagsüber aufgeregte oder schmerzleidende Kinder zu beruhigen. Die oben angegebenen Dosen hält B. auch hierzu für die geeigneten, denn, wenn sie ausreichen, sonst gesunde Kinder tagsüber in Schlaf zu versenken, dann werden sie auch unruhige Kinder nachts einschläfern können, wo das Bedürfnis nach Schlaf vorhanden und die Ablenkung geringer ist. Das Mittel kann beliebig oft gegeben werden; B. gab es wieder meist in Substanz und in einmaliger Dosis.

Durch alle diese guten Ergebnisse angeregt, versuchte B. eine Wirksamkeit des Urethans auch noch auf anderen Gebieten zu erproben. Es lag nahe, das Mittel beim Keuchhusten anzuwenden, bei dem ja die Schlaflosigkeit in der Nacht ein Hauptgegenstand der Klage ist, und vielleicht eine Verminderung der Hustenanfälle zu erzielen. B. hatte nur eine beschränkte Anzahl Fälle zur Verfügung, er glaubt aber sagen zu können, daß das Urethan auf die Zahl oder die Heftigkeit der Hustenanfälle keinerlei Einfluß auszuüben vermag, und daher der Schlaf nach wie vor abhängig ist von den Anfällen. Einem einjährigen Knaben gab B. jeden Abend längere Zeit hindurch 0,5 g Urethan. Stets trat 2 Stunden anhaltender, ruhiger Schlaf danach ein, dann aber hoben die Hustenattacken jede weitere Wirkung

auf. Einen schlagenden Erfolg hat B. jedoch zu verzeichnen bei einer Form des Keuchhustens, die einfach die nervöse Fortsetzung einer weit zurückliegenden Erkrankung darstellt. Ein $2^1/_2$ jähriger kräftiger Knabe bekam seit über $^3/_4$ Jahren Tag wie Nacht Pertussisanfälle. B. beobachtete einen solchen bei der Untersuchung, das Kind wurde stark zyanotisch, die Augen tränten heftig, und nach dem Anfalle war es sehr ermattet und schlaff; über den Lungen wenige trockene Geräusche. Er verordnete drei Dosen von je 1,5 g Urethan, an drei Abenden zu geben. Nach einigen Tagen kam die Mutter ganz beglückt wieder. Das Kind hatte die Nächte durchgeschlafen ohne jeden Anfall, auch tagsüber wurde der Husten viel seltener; die folgenden Nächte schlief es ohne Urethan sehr gut und ohne Rückfall des Hustens. Den gleichen Erfolg hatte B. vorher auch öfter nach großen Dosen Bromural.

Ein anderes Gebiet, auf dem B. die Brauchbarkeit des Urethans erprobte, waren die alimentär bedingten Krämpfe, wozu ja die vielen Intoxikationen dieses Sommers reichlich Gelegenheit boten. Man kann a priori bei den toxischen Krämpfen wohl einen günstigen Einfluß des Urethans erwarten, denn gerade das Großhirn — der Ausgangspunkt der Krämpfe — ist es ja, dessen Erregbarkeit das Mittel herabsetzt, und, um das Resultat vorauszunehmen, B.s Erwartungen wurden vollauf bestätigt. Dieses Ergebnis begrüßte er mit besonderer Befriedigung; denn wenn auch im allgemeinen das Chloralhydrat nicht so gefährlich ist, wie man annehmen könnte, so finden sich doch Fälle genug, in denen es von stoffwechselkranken Kindern — um die es sich hier doch stets handelt — ebenso wie Kampfer schlecht vertragen wird, und das völlig gefahrlose Mittel, das dasselbe leistet, verdient stets den Vorzug vor dem differenten. Daß das Urethan auch bewußtlosen Kindern gut beigebracht werden kann, wurde bereits erwähnt. Die Dosierung ist natürlich entsprechend der stärkeren Reizung des Großhirns etwas höher als die oben zur Erzielung von Schlaf angegebene, er gab 1,5—3,0 g auf einmal.

Zusammenfassend möchte B. herausheben, daß das Urethan wohl einen bleibenden Platz im Arzneischatze der Kinderheilkunde verdient:

Es ist 1. ein sicheres Hypnotikum und leistet die besten Dienste, nächtlichen Schlaf bei Kindern zu erzielen, die infolge von nervösen Erregungen, Hunger aus therapeutischen Gründen oder Schmerzen bei Verletzungen, Stomatitis und anderen entzündlichen Erkrankungen unruhig sind, ferner auch tagsüber solche Kinder zu beruhigen. Besondere Anwendung verdient das Mittel bei der nächtlichen Unruhe der Säuglinge in den ersten 3 Monaten, ob sie nun alimentär oder durch zerebrale Erkrankungen bedingt ist. Die dazu nötigen Dosen sind:

Für das Alter von 1—5 Monaten	. . . . .	0,5—0,9 g,
„ „ „ „ 6—12 „	. . . . .	1,0 g,
„ „ „ „ 1—2 Jahren	. . . . .	1,5 g,
„ „ „ „ 2 „	und darüber	2,0 g.

Sie können nach Bedarf gefahrlos überschritten und beliebig oft gegeben werden.

2. Ist das Urethan ein sicheres Antispasmodikum bei toxischen Krämpfen und verdient als gleichwertiges und durchaus harmloses Mittel naturgemäß den Vorzug vor dem Chloralhydrat. Krampfdosen sind:

per os 1,5—2,0 g.
per clysma 2,0—3,0 g.

3. Empfiehlt sich die Anwendung des Urethans bei nervös fortgesetzten Fällen von Pertussis in mehrmaligen, nicht zu geringen abendlichen Dosen.

Was die Ordination anbelangt, so gab B., wie erwähnt, das Urethan meist in Substanz, ohne je Schwierigkeiten dabei zu sehen. Der Preis eines Grammes als Rezept beträgt 10 Pfg., 10 g kosten 60 Pfg. Zu empfehlen wären außerdem folgende Rezepte:

Rp. Sol. Urethani 2,0:40,0
Liq. Ammon. anis. 0,5
Muc. Gummi arab. 1,0
1 Eßlöffel = 0,8 g.
Preis 90 Pfg.

Rp. Urethani 3,0
Syr. spl. ad 30,0
Preis 50 Pfg.

Rp. Sol. Urethani 2,0:10,0
Syr. Cinamon. ad 20,0
1 Eßlöffel = 1,3 g.
Preis 90 Pfg.

Rp. Sol. Urethani 2,0:10,0
Aq. Menth. pip. 5,0
Sacharini q. s.
1 Eßlöffel = 2,0 g.
Preis 90 Pfg.

Rp. Sol. Urethani 5,0:50,0
Gummi arab. 1,0
Liq. Ammon. anis. 0,5
Sacharini q. s.
1 Kinderlöffel = 1 g.
Preis 1,25 Mk.

Grätzer.

Bortz, Angina mit Leberschwellung. (Berlin. klin. Wochenschrift 1912. Nr. 5.)

Knabe N. N., geboren am 16. März 1902, ist das vierte ausgetragene Kind einer seit etwa 4 Jahren zuckerkranken Frau (etwa 1 Jahr vor seiner Geburt hatte seine Mutter einen Abort durchgemacht). Der Großvater mütterlicherseits ist auch seit ungefähr 6 Jahren zuckerkrank. Ein Bruder des Vaters ist geisteskrank. Lues wird von den Eltern negiert, dafür hat B. als Hausarzt auch keinen Anhaltspunkt gefunden.

Der Knabe wurde künstlich ernährt, im Alter von $1^1/_4$ Jahren bekam er einen Stimmritzenkrampf, der sich aber nicht mehr wiederholte. Dezember 1906 erkrankte er an Masern, die ganz normal verliefen. März 1909 hatte er Scharlach und Nasendiphtherie und wurde mit Heilserum gespritzt. Nach dieser Krankheit bekam er eine leichte Blinddarmentzündung. Mai 1909 wurden ihm die Rachenmandeln entfernt, da er meistens durch den Mund atmete, sehr heiser sprach und häufig zu Katarrhen der oberen Luftwege neigte.

Ende Mai 1911 erkrankte der kräftig aussehende Knabe an einer Angina mit Belag und einer Temperatur von 39,4°. Am zweiten Tage der Erkrankung palpierte B. rein zufällig das Abdomen, und dabei fiel ihm eine Veränderung der Leber auf. B. palpierte jetzt die Leber sehr gründlich und konnte dabei mit Sicherheit feststellen, daß die Leber um 2 Finger den Rippenbogen überragte, und zwar betraf die Vergrößerung den rechten Leberlappen. Nach 3 Tagen war die Angina wieder abgeklungen, der Belag war fort, die Temperatur war normal, der Urin war frei von Eiweiß und Zucker. Da sich der Knabe sehr wohl fühlte, so ließ B. ihn 6 Tage nach Beginn der Krankheit wieder die Schule besuchen.

Etwa 10 Tage nach dieser Erkrankung untersuchte B. den Knaben wieder und fand dabei, daß die Leber noch immer vergrößert war, aber entschieden

nicht mehr in der Ausdehnung wie vorher. Eine Milzschwellung konnte B. während der ganzen Zeit nicht feststellen. Da der Knabe ziemlich anämisch aussah, untersuchte B. das Blut und stellte fest: Hämoglobin 65 pCt. (nach Sahli), rote Blutkörperchen etwas über 2000000, mithin ist die Zahl derselben gegen die Norm etwas verringert, die Zahl der weißen Blutkörperchen betrug 5200.

Drei Wochen nach seiner letzten Untersuchung zeigte B. am 1. Juli den Knaben Prof. F. Hirschfeld, mit dem er öfters die zuckerkranke Mutter beobachtete. Bei der Palpation konnte Prof. Hirschfeld zuerst die Leber nicht fühlen, erst bei tiefer Respiration gelang es ihm deutlich, den scharfen vorderen Rand der Leber am rechten Leberlappen zu fühlen. Eine Vergrößerung der Leber schien jetzt nicht mehr vorhanden zu sein, dagegen war eine deutliche Verhärtung zu fühlen.

In welchem Zusammenhang die Anschwellung der Leber mit der Angina oder ob überhaupt ein Zusammenhang zwischen der Vergrößerung des betreffenden Organes mit der Angina besteht, vermag B. nicht zu sagen, jedenfalls ist das Anschwellen der Leber und dann wieder das Zurückgehen derselben äußerst bemerkenswert und wichtig, darauf die Aufmerksamkeit zu lenken, weil B. gerade bei der Mutter dieses Knaben eine eigenartige Leberschwellung mit Prof. Hirschfeld beobachtet. Wie soll man sich nun die Leberschwellung bei den Knaben erklären?

Während man bei der Mutter die Leberschwellung mit einer Verschlimmerung der diabetischen Funktionsstörungen in Zusammenhang bringen kann, so ist hier die Deutung viel schwieriger, da bei dem Knaben jede Glykosurie fehlt. Differentialdiagnostisch käme Stauungsleber in Betracht, dagegen sprach aber die andauernd gute Herztätigkeit, auch gab der Knabe ausdrücklich an, daß er große Strecken laufen könnte, ohne zu ermüden, auch wäre er der beste Läufer seiner Klasse. Vielleicht ist es daher nicht ausgeschlossen, daß in diesem Falle der Diabetes der Mutter als hereditäres Moment in Frage kommt, indem die Leberschwellung bei dem Knaben in analoger Weise zustande kommt wie bei der Mutter. Oder es handelt sich einfach um die Verschleppung von Infektionskeimen oder Bakterientoxinen in die Leber. Daß so etwas vorkommt, ist bisher an der Leiche bei den an Scharlach gestorbenen Kindern mit Sicherheit festgestellt. Daß bei Angina Giftstoffe in den Körper übergehen, ist gerade in den letzten Jahren durch zahlreiche Arbeiten, so besonders die von Kretz erwiesen. Klinisch dagegen liegen keinerlei Beobachtungen über das Zustandekommen dieser Leberveränderung vor. Vielleicht stellt dieser eben beschriebene Fall den ersten klinischen Nachweis für diese Organveränderung dar. Grätzer.

P. Jödicke, Über Zebromal, ein neues Antiepileptikum. (Aus den Kückenmühler Anstalten in Stettin.) (Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 7.) Zebromal (E. Merck, Darmstadt) ist ein Dibromzimtsäuremethylester mit 48 % Brom.

Nach J.s klinischen Beobachtungen empfiehlt es sich zur Erreichung einer krampfherabsetzenden Wirkung für leichteste Fälle von Epilepsie mit monate- oder jahrelangen Anfallspausen 1—2 Tabletten pro Tag, für leichtere Grade mit nur wöchentlichen Krämpfen 3—4 Tabletten, während für das Gros der Epilepsie mit wöchentlich mehreren Konvulsionen erst mit täglichen Gaben von 4—7 Tabletten

eine günstige Beeinflussung der Krankheit erhofft werden kann. Dagegen möge die Behandlung der Patienten, deren Krampfparoxysmen jeden Tag schwer und zahlreich auftreten, d. h. also bei den verzweifeltsten, allerschwersten Fällen, nach wie vor den altbewährten Bromalkalien vorbehalten bleiben. Bietet schon die Ernährung dieser Kranken, die fast ausschließlich an einer raschen Zunahme des geistigen Verfalls leiden und in vollständiger Demenz und Stumpfheit allmählich ihren Abschluß finden, im allgemeinen große Schwierigkeiten, so kann schon dadurch eine Verordnung von mehreren Tabletten pro Tag, die ein Zerkleinern mit den Zähnen benötigen, unmöglich gemacht werden. Bei einer Patientin dieser Art wurde noch nach 3 Stunden eine gereichte und in den Mund applizierte Zebromaltablette unversehrt in der Backentasche vorgefunden, trotzdem ein Glas Wasser zum Nachspülen gereicht und geschluckt war.

Es ergab sich, daß das Mittel trotz seines Nachgeschmackes nach Zimtester von allen Patienten gern genommen wurde. Trotz eifriger Nachforschung wurden Klagen in dieser Hinsicht nie vorgebracht. Herabsetzung des Appetits, Schädlichkeiten des Magen- und Darmtraktus sowie Alterationen der Herztätigkeit hat J. während dieser Zeit nicht wahrgenommen. Die antikonvulsiven Wirkungen des Präparates traten relativ schnell ein; dagegen gelang es ebenso ohne Schwierigkeit, größere Anhäufung von Bromionen im Körper durch Reduktion der Tagesdosen sowie durch Zufuhr von Kochsalz leicht zu eliminieren.

J.s Versuche mit Zebromal sprechen für eine hohe spezifisch antiepileptische Wirkung. Es ist bisher das einzige Bromersatzpräparat, das bei nicht unangenehmem Geschmack schädliche Einflüsse auf die Verdauungsorgane vermeidet, dabei in handlicher Tablettenform große Mengen Brom, die hauptsächlich im Blute zirkulieren, in den Organismus einzuführen gestattet. Es besitzt daher ebenso wie die Bromalkalien, ohne deren Nachteile zu zeigen, einen besonderen therapeutischen Wert bei der Behandlung der Epilepsie. Grätzer.

K. Schmuckert, Zur Untersuchung von Kehlkopf und Rachen bei kleinen Kindern. (Aus der Ohrenklinik des städt. Krankenhauses Frankfurt a. M.) S. hat ein „Kinderpharyngoskop" konstruiert (Reiniger, Gebbert & Schall), ein zierliches Instrument, das die Untersuchung sehr erleichtert.

Infolge der schmalen Form ist es in der Mehrzahl der Fälle möglich, das kleine Pharyngoskop seitlich an der Uvula — zwischen dieser und dem Gaumenbogen — vorbeizuführen, wodurch sich ein Herunterdrücken der Zunge erübrigt. Auch in denjenigen Fällen, bei denen seitliches Vorbeiführen infolge der Kleinheit der Raumverhältnisse oder der Dicke des Zäpfchens nicht möglich wird, ist der Druck, der durch das dünne Röhrchen auf die Zunge zu legen ist, so gering, daß mit einem dadurch ausgelösten Würgreflex kaum zu rechnen ist.

Die Handhabung des Instrumentes ist außerordentlich einfach und bietet für den Patienten den geringsten Grad von Unannehmlichkeit. Noch bei 5—6jährigen Kindern gelingt die Untersuchung in

den meisten Fällen leicht, was von großer Wichtigkeit ist, da gerade in dieser Zeit die Kinder häufig wegen der Erkrankung der Rachenmandel zum Arzte gebracht werden. Auch bei noch jüngeren ist die Untersuchung bisweilen möglich. Bei ganz kleinen Kindern ist gewöhnlich eine ruhige Inspektion infolge Pressens oder wegen starker Verschleimung nicht durchzuführen.

Die absolute Sterilisierfähigkeit des Pharyngoskops ist durch eine auswechselbare Hülse gewährleistet, die aus dünnem Metall angefertigt und mit entsprechendem Fenster über der Optik versehen, jedes beliebige Auskochen verträgt. Grätzer.

J. Hoffmann, Diplegia brachialis neuritica. (Aus der Nervenabteilung der Medizin. Klinik in Heidelberg.) (Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 9.)

Die drei Beobachtungen, die Menschen von ganz verschiedenem Alter, von 9, 25 und 60 Jahren betreffen, haben eine Reihe bemerkenswerter Züge gemeinsam: Einsetzen der Affektion bei vollem Wohlbefinden im Schlafe, völlige Ausbildung der Lähmung beim Erwachen, so daß von da ab eine Zunahme derselben nicht mehr nachfolgt, das symmetrische Befallensein der beiden Arme und nur dieser, die vollständige Heilung in zwei Fällen, während einmal eine symmetrische Radialislähmung dauernd zurückbleibt. Sensible Störungen waren in der für Neuritis charakteristischen Weise zweimal ausgebildet; bei dem Knaben fehlten sie gänzlich.

Bei der Klarheit des Symptomenbildes braucht auf die Differentialdiagnose mit zervikaler intramedullärer und meningealer Apoplexie, ferner mit Kompression der Medulla spinalis und der Rückenmarkswurzeln durch Karies, Tumor, Fraktur und Luxation und mit Schlaflähmung durch abnorme Armhaltung nicht eingegangen zu werden; ebenso sprechen die Art der Sensibilitätsstörungen und der Mangel des Hornerschen Symptomenkomplexes gegen Nervenwurzelneuritis. Dagegen dürfte es wohl am Platze sein, die Differentialdiagnose mit der Poliomyelitis acuta, die durch die letztjährigen Epidemien jetzt gerade in den Vordergrund der Forschung gerückt ist, kurz zu berühren, um so mehr, da man bei dieser zentralen Nervenkrankheit eine bis jetzt unbewiesene neuritische Form geprägt hat.

In der Tat haben die Fälle mit der Poliomyelitis acuta manches gemeinsam: das plötzliche Auftreten über Nacht, die rasche Ausbildung der Lähmung ad maximum, das Fehlen der Sehnenreflexe, den degenerativ-atrophischen Charakter im weiteren Verlauf; auch Schmerzen sind, wie bei der Brachialneuritis, oft bei Poliomyelitis beobachtet, dazu Druckempfindlichkeit der Nervenstämme. Die Lokalisation, ob mehr am Oberarm und Schultergürtel oder mehr distal, kann aus gleichem Grunde auch nicht den Ausschlag bei der Diagnose geben. Dagegen sprechen Fieber, Allgemeinerscheinungen verschiedener Art, spinale und zerebrale Reizerscheinungen von vornherein mehr für Rückenmarksleiden. Andererseits fallen für die Diagnose Neuritis contra Poliomyelitis ins Gewicht das Fehlen schwerer Allgemeinerscheinungen, die Symmetrie der Ausfallerscheinungen, die nach dem akuten Beginn lange Fortdauer reißender Schmerzen und

Nervendruckempfindlichkeit, Parästhesien und objektive Sensibilitätsstörungen nach Art der peripheren Nervenläsion, die völlige Erholung von gelähmten Nervengebieten, in denen noch nach Wochen komplette EaR. bestand, oder bei unvollständiger Heilung das Zurückbleiben von wiederum symmetrischer Nervenlähmung, wie z. B. beider Nn. radialis im Falle 2.

Wie bei der gewöhnlichen Polyneuritis wird auch bei dieser neuritischen Armlähmung die Symmetrie nicht immer scharf eingehalten werden, und es wird auch einseitige geben; dann werden sich der Diagnose, ob Neuritis oder Poliomyelitis, größere Schwierigkeiten entgegenstellen, die manchmal erst durch den weiteren Verlauf und Ausgang der Affektion schwinden werden. H. stimmt darin Remak bei, der bereits darauf hinweist, daß wohl manche völlig geheilte Armlähmung früher fälschlich als poliomyelitische aufgefaßt wurde, während sie in Wirklichkeit neuritischer Natur war.

So viel ist jedenfalls durch die mitgeteilten Fälle bewiesen, daß nicht jede, ob einseitig oder doppelseitig noch so akut einsetzende atrophische Armlähmung bei Erwachsenen wie bei Kindern durch eine Poliomyelits acuta bedingt sein muß, sondern auch neuritischer Herkunft sein kann. Und es ist prognostisch durchaus nicht unwichtig, die richtige Diagnose zu stellen, da neuritisch gelähmte Nervengebiete, die noch nach Wochen volle EaR. zeigen, sich erholen und wieder ganz leistungsfähig werden können, was erfahrungsgemäß bei gleich schwerer poliomyelitischer Lähmung ausgeschlossen ist. Grätzer.

L. Schwarz, Über einen neuen Apparat zur Pasteurisierung von Säuglingsmilch im Kleinen. (Aus dem Hygien. Institut in Hamburg.) (Ebenda.)

Voraussetzung für den Betrieb des Apparates ist das Vorhandensein einer Wasserleitung mit hinreichendem Druck zur Erzeugung des nötigen Vakuums einer Gasleitung zur Beheizung des Apparates, sowie einer gewissen Intelligenz und Sorgfalt der den Apparat bedienenden Person.

Der Apparat besteht aus einem 25 cm hohen Vakuumkessel von ca. 24 cm lichter Weite, der auf drei 22,5 cm hohen Füßen ruht. In dem Deckel, der vermittels einer ringförmigen Gummiplatte durch den mit Stellschrauben versehenen Metallbügel dem Kessel luftdicht angepreßt werden kann, befinden sich drei Öffnungen, deren eine mit einem Vakuummeter, deren andere mit einem Thermometer verschlossen ist, das zum Schutz gegen Bruch mit vollständiger Metallhülle, die jedoch einen reichlichen Luftdurchtritt gestattet, versehen ist. Die dritte Öffnung stellt die Verbindung zur Wasserstrahlluftpumpe her, bestehend aus Gummipfropfen mit metallenem Knierohr und anschließendem Vakuumschlauch. In dem Vakuumschlauch wird zweckmäßig ein Rückschlagventil eingeschaltet. Beheizt wird der Apparat durch einen Bunsenbrenner mit Schornsteinaufsatz, dessen Flamme leuchtend gestellt werden kann. Das herausnehmbare Drahtgestell dient zur Aufnahme von 7 Milchfläschchen, die mit dem bekannten Pappscheibchen verschlossen werden. Die Milchportion, die in diesem Apparat pasteurisiert werden kann, beträgt etwa 1 Liter, kann jedoch bei Anwendung anderer Fläschchen erheblich vermehrt werden.

Die Bedienung des Apparates geschieht folgendermaßen: Der Vakuumkessel wird mit 2 Litern Leitungswasser angefüllt — ist wenig Zeit vorhanden, so kann man auf 65—70° vorgewärmtes Wasser benutzen —, der Drahteinsatz mit den Fläschchen eingesetzt, der Deckel geschlossen, die Verbindung zur Wasserstrahlpumpe hergestellt, der Wasserhahn aufgedreht, der Bunsenbrenner mit Heizflamme angezündet.

Nun beobachtet man das Vakuummeter, das, wenn die Abdichtung vollkommen ist, sofort ansteigt, anderenfalls muß man die Dichtungsschraube noch etwas stärker anziehen, sowie den Gummistöpsel der dritten Öffnung fest eindrücken. Ist die Temperatur am Thermometer auf 60° gestiegen, was bei Benutzung nicht vorgewärmten Wassers in etwa 20 Minuten der Fall ist, so stellt man die Flamme auf leuchtend, reguliert an der Kleinstellschraube des Bunsenbrenners die Flamme derart, daß innerhalb etwa 5—10 Minuten 65° erreicht werden, und trägt durch Einstellen dieses Ventils dafür Sorge, daß die Temperatur 65° nicht übersteigt. Bei hinreichender Leistung der Wasserstrahlpumpe ist dies sehr einfach, denn der Temperatur entsprechend stellt sich das Vakuum ein, das Wasser siedet dann bei dieser Temperatur im Vakuum, und in den Fläschchen wird eine bis unmittelbar an den Siedepunkt heranreichende Erhitzung der Milch mit Wallung erzielt. Hat man 30 Minuten lang 65°-Temperatur gehalten, so ist der Pasteurisierungsprozeß beendet, die Gasleitung wird abgestellt, die Verbindung zwischen Wasserstrahlpumpe und Apparat gelöst, der Wasserhahn geschlossen, der Apparat geöffnet, das Drahtgestell herausgenommen; die Fläschchen werden in geeigneter Weise gekühlt und im Eisschrank aufbewahrt. Der Pasteurisierungsprozeß dauert vom Beginn des Beschickens bis zur Herausnahme der Fläschchen etwa 50 Minuten bis 1 Stunde. An Gas werden im ganzen etwa 70—80 Liter verbraucht, das eingefüllte Wasser ist etwa bis auf $1\frac{1}{2}$ Liter verdampft. Weniger als 2 Liter Wasser zu nehmen empfiehlt sich aber nicht, da sonst die Regulierung der Temperatur schwieriger ist.

Durch zahlreiche Versuche hat sich S. überzeugen können, daß die in dem Apparat pasteurisierten Milchproben die gleichen Eigenschaften zeigten wie die im großen nach dem Trautmannschen Verfahren pasteurisierten Milchproben.

S. verhehlt sich nicht, daß gewisse Sorgfalt bei der Bedienung dieses Apparates obzuwalten hat, glaubt jedoch, daß bei hinreichender Intelligenz und Gewissenhaftigkeit der den Apparat bedienenden Person die Vorteile der Pasteurisierung bei niedriger Temperatur im Vakuum die Schwierigkeit in der Handhabung des Apparates aufwiegen.

Bis jetzt hat S. nur diesen einen Apparat anfertigen lassen, dessen Preis natürlich nicht für fabrikmäßige Herstellung maßgebend ist. Er stellt diesen gern zur Nachprüfung zur Verfügung.

Grätzer.

F. Lux, Die zurzeit herrschende Diphtherieepidemie. (Aus der Medizin. Universitätsklinik in Rostock.) (Medizin. Klinik 1912. Nr. 8.) Möglichst frühzeitig injizieren! Das mahnt auch folgende Erfahrung:

Unter acht Patienten, die man am ersten Erkrankungstage in Behandlung bekam, kein Todesfall = 0 %.

Von	29	am	zweiten	Tage	4	Todesfälle	= 14 %
„	15	„	dritten	„	4	„	= 27 „
„	17	„	vierten	„	5	„	= 29 „
„	10	„	fünften	„	3	„	= 30 „
„	2	„	sechsten	„	1	„	= 50 „

Also eine mit fast mathematischer Genauigkeit zunehmende Mortalität.

Nur in Ausnahmefällen erhielten die Patienten unter 1000 I.-E., und zwar dann, wenn der Allgemeinzustand ein sehr guter war und es sich mit größter Wahrscheinlichkeit um eine einfache Angina handelte. 1000 I.-E. gab man bei offenber leichter Diphtherie, die am ersten oder zweiten Tag in Behandlung kam. Ein Übergang in

schwere Diphtherie und, was besonders zu betonen ist, in Krupp, wurde niemals beobachtet. Bei mittelschwerer Diphtherie, das heißt bei Übergang des Belags auf Gaumen und Zäpfchen und bei Beteiligung der Nase, stieg man auf 2000 bis 3000 I.-E., Kruppatienten erhielten niemals unter 3000 I.-E., meist 4500. Bei Säuglingen wird die Dosis von 3000 I.-E. meist nicht überschritten. In letzter Zeit ging man bei den schwersten Fällen zu noch höheren Dosen über, besonders nachdem man damit einmal einen offensichtlichen Erfolg gehabt hatte.

Grätzer.

F. Umber, Scharlachartige Serumexantheme und ihre Unterscheidung vom echten Scharlach durch die Ehrlichsche Amidobenzaldehydreaktion im Harn. (Innere Abteilung des städt. Krankenhauses Charlottenburg-Westend.) (Ebenda.) Es fiel U. in diesem Winter im Gegensatz zu früheren Jahren auf, daß — bei den einmal Injizierten — die Serumexantheme ungewöhnlich häufig waren.

Von den Serumexanthemen waren nicht weniger als 59 % skarlatiniform! Zum Teil boten sie ein sehr schweres klinisches Bild und waren häufig durch die klinische Untersuchung allein überhaupt nicht von gewöhnlichen Scharlachfällen zu unterscheiden. Das Exanthem verhielt sich dann genau wie ein echtes Scharlachexanthem, auch bezüglich seiner regionären Verteilung, die Zunge zeigte die Merkmale der Scharlachzunge, der Tonsillarbelag, die Drüsenschwellungen, das Fieber und schwere allgemeine Krankheitszeichen unterschieden sich oftmals in nichts von denjenigen bei schwerem echten Scharlach. Selbst Albuminurien, sogar parenchymatöse Nephritiden und Abschuppungszeichen können beim Serumexanthem ebenso vorhanden sein wie beim echten Scharlach. Dabei hat die Unterscheidung dieses Serumscharlachs vom echten Scharlach wegen der Übertragbarkeit des letzteren auf die Umgebung die größte praktische Bedeutung.

Zur praktischen Unterscheidung dieser beiden Krankheitsformen ist die Ehrlichsche Paradimethylamidobenzaldehydreaktion, am frischgelassenen Harn angestellt, sehr brauchbar.

In echten Scharlachfällen pflegt sie nach U.s Erfahrungen in 96 % der Fälle positiv zu sein. (Unter 96 Scharlachfällen 93 mal.) Bei 60 Fällen von skarlatiniformen Serumexanthemen sah U. sie 59 mal negativ, einmal zweifelhaft.

Diese Ehrlichsche Amidobenzaldehydreaktion wird am frischgelassenen Harn ausgeführt. Das Reagens wird so hergestellt, daß 2,0 g Paradimethylamidobenzaldehyd im Mörser mit 30 g Acid. mur. concent. zerrieben, dann mit 70 ccm Wasser verdünnt und filtriert werden.

Von diesem Reagens werden zwei Tropfen zur Harnprobe hinzugefügt. Färbt sich dieselbe bereits in der Kälte schön rot und zeigt das Spektrum einen deutlichen Absorptionsstreifen ins Gelborange zwischen D und E, so bezeichnet U. die Probe als + + + (dreifach positiv), tritt die Rotfärbung beim Erwärmen auf, als + + (zweifach positiv), Rotfärbung nach dem Kochen als + (einfach positiv).

Die pathognomonische Bedeutung dieser Reaktion zur differentialdiagnostischen Unterscheidung von echtem Scharlach und skarlatiniformem Serumexanthem drängte sich auf, als U. in jedem frisch eingelieferten Falle der gesamten medizinischen Abteilung im vergangenen Jahre diese Ehrlichsche Reaktion im Harne prüfte. Diese Prüfungen erstreckten sich auf mehrere Tausende von Kranken verschiedenster Art. Auch bei akuter Polyarthritis sowie bei frischen Pneumonien sah U. sie fast stets positiv, aber dadurch wird ja ihre differentialdiagnostische Bedeutung für Skarlatina in der Regel nicht beeinträchtigt.

Daß diese Ehrlichsche Paradimethylamidobenzaldehydreaktion im Harn eine Farbreaktion darstellt, die durch die Anwesenheit des Urobilinogens hervorgerufen wird, hat zuerst Neubauer gezeigt. Auf die Tatsache, daß bei Scharlachkranken die Urobilin- beziehungsweise Urobilinogenausscheidung in der Regel gesteigert ist, ist bereits von Hildebrandt, Tugendreich, E. Rach und v. Reuß u. a. hingewiesen worden. Ob ein gesteigerter Blutzerfall und dadurch vermehrte Gallenausscheidung nach dem Darm oder aber leicht hepatitische Erscheinungen beim Scharlach die Ursache der gesteigerten Urobilinogenausscheidung sind, bleibt vorläufig weiteren Prüfungen vorbehalten. Jedenfalls ist die von U. ermittelte Tatsache, daß sie in der Regel nur der echten Skarlatina, nicht aber dem leicht damit verwechselten scharlachartigen Serumexanthem zukommt, von praktischer Bedeutung.

U. pflegt auch seit geraumer Zeit aus dem positiven oder negativen Ausfalle dieser Ehrlichschen Reaktion im Harn von Scharlachverdächtigen die praktische Konsequenz hinsichtlich der Isolierung zu ziehen und hat dieselbe bisher niemals zu bereuen gehabt.

Grätzer.

B. Schick, Über Behandlung des Scharlachs mit Moser-Serum. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Wien.) (Therap. Monatshefte, April 1912.) Für die Behandlung des Scharlachs mit Serum Moser haben folgende Grundsätze zu gelten:

1. Behandlung nur der Fälle mit Prognosis III (dubia) und IV (letalis).

2. Möglichst frühzeitige Injektion, womöglich in den ersten zwei Tagen der Erkrankung. Der dritte Krankheitstag ist der letzte Termin, an welchem man noch mit größter Wahrscheinlichkeit einen Erfolg der Serumbehandlung erwarten darf. Nach dem fünften Krankheitstage injiziert, hat das Serum keine Wirkung mehr.

3. Am geeignetsten zur Injektion sind Fälle von toxischem Scharlach, Erkrankungen, bei denen die Rachenerscheinungen fehlen oder mäßig entwickelt sind.

4. Zur Verwendung in der Praxis sollen nur solche Sera kommen, deren Wirksamkeit am Krankenbette schon konstatiert ist. Minderwertige Sera sollen gar nicht ausgegeben werden. Serie I und Serie II des im k. k. serotherapeutischen Institute in Wien erzeugten Moser-Serums hat entsprechenden Erfolg gebracht.

5. Die Injektionsmenge beträgt 200 ccm (nur bei Kindern im ersten Lebensjahr und in der ersten Hälfte des zweiten kann man 100 ccm verwenden).

6. Alle sonstigen therapeutischen Maßnahmen bleiben aufrecht, insbesondere das Bemühen um Erhaltung der Herzkraft.

Es ist nach S.s Meinung für die Behandlung des schweren, rein oder vorwiegend toxischen Scharlachs das Mosersche Scharlachstreptokokkenserum das einzige Mittel, mit dem man Erfolge erzielen kann. S. glaubt nicht, daß das Moser-Serum das ideale Mittel in der Scharlachbekämpfung ist und keiner Verbesserung bedarf, er hält es für das derzeit beste Mittel. Die Mißerfolge der meisten Autoren haben ihre Ursache in der Verwendung zu kleiner Dosen, in der unrichtigen Auswahl der Fälle, in der Anwendung minderwertiger Serumsorten und in der willkürlichen Abänderung der Immunisierungsmethoden. S. setzt noch hinzu, daß bei Überprüfung der Serumwirksamkeit das Urteil nicht auf Grund von Beobachtungen einer nur geringen Anzahl von Fällen abgegeben werden soll; es ist auch deutlich zu sehen, daß fast alle diejenigen Autoren, die viele Fälle injiziert haben, Anhänger des Moser-Serums sind. Grätzer.

E. Mayerhofer, Zur Therapie der Rumination im Säuglingsalter. (Ebenda.) Bei einem 7 Monate alten, nervösen und nervös belasteten Säugling bestand seit dem 4. Lebensmonate anläßlich einer Verdauungsstörung nach dem Abstillen typische Rumination mit konsekutiver Inanition. Der Röntgenbefund sprach gegen einen bestehenden Pylorospasmus. Durch Verabreichung von rein breiiger Nahrung wurde die Rumination prompt geheilt und die konsekutive Inanition behoben, wobei das Kind in 6 Wochen um 2,91 kg zugenommen hatte. Wenn man aus dieser rein klinischen Beobachtung durch Vergleich mit anderen Fällen von Rumination Schlüsse ziehen will, so sei zunächst hervorgehoben, daß im vorliegenden Falle ein Pylorospasmus nicht anzunehmen ist, da röntgenologisch ein schnelles und ungehindertes Übertreten von Mageninhalt in den Dünndarm festgestellt wurde. Auch die nach Verabreichung breiiger Nahrung auffallende klinische Besserung und prompte Heilung spricht eher für eine Erschlaffung der Kardia als für einen Pylorospasmus.

Die schnelle Heilung der Rumination und die vollständige Behebung der konsekutiven Inanition durch Verabreichung dickbreiiger und fester Nahrung verleiht dem Falle ein therapeutisches Interesse, da andere Autoren der übermäßigen Breifütterung zuweilen eine pathogenetische Rolle zuweisen oder Rumination auch bei Verabreichung fester Speisen eintreten sahen. Grätzer.

Singer und **Glaessner,** Die abführende Wirkung der Gallensäuren. (Arch. f. Verdauungskrankheiten 1912. Bd. 18. Heft 2.) Verff. untersuchten Gallensäuren und aus ihnen hergestellte Präparate „Bilen“ (von Egger) auf ihre abführende Wirkung und fanden, daß diese Mittel prompt wirkende, Dickdarm erregende Mittel sind. Die beste Form ihrer Anwendung ist die rektale (Suppositionen, Klysmen), für welche die habituellen Obstipationsformen, und be-

sonders die im Sigma und Rektum lokalisierten Konstipationen sich eignen. Die Wirkung tritt hier nach Dosen von 0,3—0,5 g mit überraschender Schnelligkeit nach 10 Minuten bis 1/2 Stunde ein.

Wegen ihrer ausgesprochenen exzitomotorischen Eigenschaften sind die empfohlenen Gallenpräparate auch ein wirksames Mittel für die Behandlung der Stuhlverhaltung, welche durch eine Schwäche der ausheilenden Kraft im Dickdarm hervorgerufen wird (echte Atonie, Dilatation des Kolon, Megakolie).

Eine wichtige Form des Darmverschlusses, der paralytische Ileus, die postoperative Darmparalyse, sowie die hartnäckigen Fälle von Darmträgheit bei chronischer Peritonitis, bei schwerkranken, bettlägerigen Patienten sind das besondere Geltungsgebiet dieser Behandlung. Bloß diesen Präparaten eigentümlich ist das charakteristische Fehlen jeder Transsudation und die Entleerung imposanter voluminöser Fäkalmassen.

Bei interner Darreichung müssen die Gallenpräparate in eine darmlösliche Hülle (Gelorid) eingeschlossen sein. Hier zeigt sich, was auch röntgenologisch und rektoskopisch kontrolliert werden kann, daß der Hauptangriffspunkt für die peristaltische Wirkung im Dickdarm gelegen ist. Die Vorbedingung für den prompten Eintritt bei stomachaler Einfuhr ist Verzögerung der Resorption im Dünndarm, welche durch die technischen Schwierigkeiten beim Einschließungsverfahren nicht immer gewährleistet werden kann. Zur Erzielung purgativer Wirkung verwendeten die beiden Autoren Pillen à 0,2, von denen morgens 5 Stück gegeben wurden. Die Entleerung trat durchschnittlich in der Zeit von 8—20 Stunden auf und zeigte eine ähnliche Beschaffenheit wie die oben beschriebene.

Die fortlaufende Darreichung dieser und kleinerer Dosen wird als „Übungsbehandlung“ bei verschiedenen habituellen Konstipationsformen empfohlen; in kleineren Dosen, längere Zeit gereicht, sind die Gallensäurepräparate auch für die Behandlung der Gallenstauung erprobt. Schwere Formen der spastischen Konstipation, Kranke mit Fissuren und prolabierenden Hämorrhoidalknoten eignen sich nicht für die rektale Behandlung mit Gallenpräparaten.

Nothmann (Berlin-Wilmersdorf.)

Leven, Die Blinddarmentzündung. Die Irrtümer der Diagnostik. (Arch. f. Verdauungskrankheiten 1912. Bd. 18. Heft 1.) L. teilt einige instruktive Fälle mit. Ein 10jähriger Knabe bekommt „typische Blinddarmanfälle“: Schmerzkrisen in der rechten Bauchseite mit Empfindlichkeit am MacBurneyschen Punkt. Dabei Erbrechen. Die Anfälle stellen sich stets am Montag ein. Durch Befragen ließ sich feststellen, daß der Knabe an diesem Tage bei einem Lehrer Unterricht hatte, der ihm Angst machte. Diese Furcht genügte, um Störungen im Magendarmtraktus hervorzurufen. Die besondere Art dieser Störungen wurde durch Gespräche bedingt, die der Knabe mit an Blinddarm operierten Kameraden hatte. Die erfolgreiche Behandlung bestand im Wechsel des Lehrers. — Die nächsten Fälle betrafen Störungen während der Menstruation. Und eine dritte Gruppe umfaßt schmerzhafte Störungen im Bereiche des Magendarmtraktus. Hier besteht keine tiefe Empfindlichkeit, wie bei

der Appendizitis, sondern eine leicht feststellbare „Hautempfindlichkeit“. Hier muß dann die weitere Untersuchung die wahre Ursache der sog. Blinddarmschmerzen feststellen.

Nothmann (Berlin-Wilmersdorf).

Puppe, Gerichtsärztliche Erfahrungen bei der Untersuchung krimineller Jugendlicher. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin 1912. Bd. 43. 2. Suppl.-Heft. S. 357.) (Vortrag auf der VII. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtl. Medizin, Karlsruhe 1911.) P. verlangt, daß jeder kriminelle Jugendliche vor Erhebung der Anklage gerichtsärztlich untersucht werden soll. Für Ermittelung des Vorlebens hält er die Mitarbeit von Schulärzten und Lehrern für erwünscht, die über auffällige Schüler Notizen machen könnten. Dann bringt P. interessante kasuistische Mitteilungen aus seiner gerichtsärztlichen Tätigkeit. Nothmann (Berlin-Wilmersdorf).

Hertzsch, Die Frauenmilch und ihre kriminelle Bedeutung. (Arch. f. Gynäkol. Bd. 92. Heft 1. — Festschrift zur Hundertjahrfeier des Trierschen Instituts zu Leipzig. 1911.) Veranlaßt durch einen kriminellen Fall, bei welchem höchstens aus der Beschaffenheit der Milch ein Schluß hätte gezogen werden können, ob das von der Mutter beiseite geschaffte Kind lebensfähig war oder nicht, hat H. systematisch Untersuchungen der Muttermilch vorgenommen, um festzustellen, ob aus der Milch forensisch verwertbare Anhaltspunkte in dieser Richtung gewonnen werden können. Als Resultat ergab sich, daß das Fehlen von Kolostrumkörperchen in der Milch wohl den Schluß erlaubt, daß das Kind lebensfähig, nicht aber, daß es ausgetragen war. Das Vorhandensein von Kolostrumkörperchen läßt keinen Rückschluß auf den erreichten Schwangerschaftsmonat zu, auch gibt es keinen Aufschluß über den Wochenbettstag, ob das Kind gestillt worden, und ob die Milch von einer Erst- oder Mehrgebärenden stammt. Bei reichlicher Absonderung reifer Milch spricht das Vorkommen zahlreicher Kolostrumkörperchen doch nicht gegen ein ausgetragenes Kind. Wegscheider.

Linzenmeier (Kiel), Sepsis bei Neugeborenen, ausgehend von den Bednarschen Aphthen. (Zentralbl. f. Gynäkol. 1911. Nr. 50.) Eine besonders gefürchtete Infektionspforte für die noch immer vereinzelt vorkommenden septischen Erkrankungen bei Neugeborenen bildet der leicht verletzliche Gaumen des Kindes. Die Erkrankung kann lokal beschränkt bleiben und ein Krankheitsbild zeigen, das unter dem Namen der Bednarschen Aphthen bekannt ist. In vielen Fällen aber sind diese sogen. Aphthen nur die Lokalreaktion einer septhämischen Erkrankung, der die Kinder meist erliegen. Von diesem letzteren Typus hat L. in der Kieler Frauenklinik drei Fälle beobachtet, über die er nach klinischer und anatomischer Schilderung kurz berichtet: „Alle drei Fälle bieten ein fast einheitliches Krankheitsbild. Am Ende der ersten Woche stellt sich eine starke serös-eitrige Sekretion aus der Nase ein, im Munde findet sich eine an Diphtherie erinnernde Verfärbung am Gaumen, die nicht von einem Belag herrührt, sondern tiefer liegendes, eitriginfiltriertes Gewebe darstellt. Im weiteren Verlauf nimmt der

Infektionsprozeß seinen Weg vom Nasenrachenraum abwärts in den Intestinaltraktus unter dem Bilde einer schweren Phlegmone mit diphtherieähnlichen Schleimhautnekrosen und führt in wenigen Tagen zur Sepsis.“ — „Bei allen Fällen konnten wir als Erreger den hämolytischen Streptokokkus feststellen, der teils aus dem Gewebe, teils aus dem Sekrete gezüchtet worden war. . . . Bei allen Kindern fand sich zuerst die Gaumeninfektion.“ Einen ähnlichen Fall, bedingt durch Staphylokokkeninfektion, beobachtete L. früher in Marburg. Daran schließt er pathogenetische Betrachtungen verschiedener Pädiater über die Prädisposition des Gaumens für Verletzungen und Infektion; fast immer liegt ein Trauma beim Reinigen der Mundhöhle nach der Geburt vor. Der Mund des Neugeborenen muß ein „Noli me tangere“ bleiben und prophylaktisch sowohl die Möglichkeit einer Verletzung wie einer Infektion ferngehalten werden; das letztere ist gerade im Wochenbett besonders schwierig. Wegscheider.

Beck, Ein neuer Fremdkörperfänger fürs Ohr. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1912. Heft 2.) Eine Röhre, die in den Krauseschen Griff paßt. Durch Zurückziehen des Griffes werden drei konzentrisch wirkende Haken in die Röhre hineingezogen. Gedacht ist das Instrument für kugelige, harte und weiche Fremdkörper, die der Entfernung mit Instrumenten immer erheblichen Widerstand entgegensetzen. Bei weichen Fremdkörpern, wie gequollenen Bohnen, scheint B. das Instrument recht brauchbar zu sein. Bei festen, kugeligen dagegen, die gewöhnlich den Gehörgang fast völlig ausfüllen, wird es wohl nicht immer möglich sein, die Haken bis über die Hälfte des Fremdkörpers zu schieben, ohne Verletzungen der Gehörgangswand zu setzen. Ein Einhaken hinter der Hälfte eines festen, kugeligen Fremdkörpers ist aber nötig, um ihn sicher zu fassen; versucht man, vorher ihn zu fassen, treibt man den Fremdkörper stets weiter in den Gehörgang. Für diese Fälle scheint ein kleines, scharfes Häkchen geeigneter zu sein, für welches man fast immer eine kleine Lücke zwischen Fremdkörper und Gehörgangswand finden wird. Selbstverständlich ist, daß zu jedem Versuch einer instrumentellen Fremdkörperentfernung aus dem Gehörgange eine geübte Hand gehört, für den Ungeübten gibt es nur eine Methode, das Ausspritzen. A. Sonntag (Berlin).

Wiegmann (Hildesheim), Zur Salvarsantherapie bei Augenkrankheiten auf luetischer Basis nebst Mitteilung einiger günstig beeinflußter Fälle von Augenmuskellähmungen. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Februar-Heft 1912.) Den Kinderarzt interessieren besonders die auch in dieser Arbeit ausdrücklich betonten Mißerfolge bei der Salvarsanbehandlung der Keratitis parenchymatosa e lue congenita. Sommer (Zittau).

Koyanagi, Über einen Fall von primärem Sehnerventumor. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. März-Heft 1912.) v. Graefe hat im Jahre 1864 die erste Mitteilung über eine primäre Sehnervengeschwulst gemacht. K.s Fall (13jähriges Mädchen) erwies sich nach gewissen diagnostischen Schwierigkeiten schließlich als Gliom. Sommer (Zittau).

Barrière, Willkürlicher Exophthalmus (Exophthalmie à volonté) in einem Fall von Dermoidzyste der Orbita. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. März-Heft 1912.) Das Leiden rührte von den ersten Lebensjahren her und war stetig schlimmer geworden.

Dermoidzysten der Orbita findet man häufig in der Literatur verzeichnet; aber eine so eigentümliche Lage und Form der Zyste, sowie der Mechanismus, der die willkürlichen Änderungen in der Stellung des Augapfels ermöglichte, bilden einen außerordentlich seltenen Befund, der wohl der einzige derartige in der ganzen ophthalmologischen Literatur bekannte sein dürfte.

Heilung nach Krönleinscher Operation. Sommer (Zittau).

Oscar Bernhard, Heliotherapie im Hochgebirge mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. (Stuttgart 1912, Ferd. Enke.) Bei der allgemeinen Anerkennung, die jetzt der Heliotherapie, speziell bei der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose, zuteil wird, ist es mit Freude zu begrüßen, daß derjenige, welcher zuerst methodisch granulierende Wunden und namentlich tuberkulöse Wundhöhlen mit Sonnenbestrahlung behandelt hat, Bernhard-St. Moritz, in der vorliegenden Monographie nicht allein die wissenschaftliche Grundlage der Sonnenbestrahlungen, sondern auch seine eigenen Anschauungen und die mit der Heliotherapie selbst gesammelten Erfahrungen zusammenstellt. Die anfänglich engen Indikationen, die er sich gestellt hatte, haben sich mit der Zeit sehr erweitert. Sie werden von Bernhard jetzt folgendermaßen zusammengestellt:

a) Wunden:

1. rein traumatische, wenn man von vornherein auf eine Prima reunio verzichten muß (Sprengschußverletzungen, Fräsenwunden, Quetschungen usw.);

2. auf Zirkulationsstörungen oder trophischen Nervenstörungen beruhende (Ulcera cruris, Mal perforant du pied);

3. Brand- und Frostwunden, Wunden infolge von Verätzung;

4. Wunden durch Infektion (Abszesse, Panaritien, Furunkel, Karbunkel, Ulcera mollia, vereiterte Bubonen);

b) Tuberkulose der Haut, der serösen Häute (Pleuritis und Peritonitis), der Drüsen, der Knochen, Gelenke und Sehnenscheiden. Urogenitaltuberkulose, Darmfisteln;

c) Hautkarzinome;

d) Syphilitische Geschwüre, welche trotz spezifischer Behandlung wenig Heilungstendenz zeigen;

e) Gewisse Fälle aus den Grenzgebieten, Leukämie, Pseudoleukämie und Morbus Basedowii, Kehlkopf- und Lungentuberkulose.

Für die Heliotherapie, namentlich im Hochgebirge, ist die chirurgische Tuberkulose das Hauptfeld und wird es immer bleiben. Bernhard hat bei derselben seit dem Jahre 1902 der von ihm bis dahin angewandten klimatisch-diätetischen Therapie als direktes Heilagens die lokale Besonnung beigefügt. Er verfügt über ein Material

von 365 auf diese Weise behandelten Fällen. Infolge der günstigen Einwirkung der Behandlung hat er größere operative Eingriffe, Exstirpationen, Arthrotomien, Resektionen oder gar Amputationen auf ein Minimum einschränken können. Seine operative Tätigkeit bei der chirurgischen Tuberkulose beschränkt sich fast nur noch auf Punktionen, Jodoformölinjektionen, kleine Inzisionen, Auskratzungen oder atypische Osteotomien. Im Gegensatz zu Rollier, der mit Vorliebe das Vollsonnenbad anwendet, beschränkt sich Bernhard immer auf die lokale Besonnung des Krankheitsherdes außer bei multipler Lokalisation von Lymphomen und Ostitiden und in allen Fällen, wo, wie bei manchen chronischen Dermatosen, die Krankheit sich über die ganze Körperoberfläche verbreitet. Zur Stärkung des Allgemeinbefindens erachtet er, gestützt auf seine früheren Erfahrungen, einen recht ausgiebigen Aufenthalt im Freien, Freiluftkur kombiniert mit Luftliegekur als genügend, während er mit der lokalen Besonnung eine intensivere Reizwirkung auf den Krankheitsherd bezweckt. Die rein lokale Besonnung bietet gegenüber dem allgemeinen Sonnenbad noch den Vorteil, daß sie die Patienten weniger angreift und so länger angewendet werden kann. Das kranke Organ resp. die betreffende Region allein wird entblößt, während der übrige Körper bekleidet oder durch Decken geschützt wird. Zur Bestrahlung einzelner Wirbel tragen die Kranken einen Schlafrock, in welchem am Rücken ein entsprechender Ausschnitt gemacht ist. Bei schweren Fällen von Tuberkulose der Wirbelsäule oder des Hüftgelenks verbindet Bernhard mit der Insolation die Extension und die Immobilisation mit einem gefensterten Gipsverbande. Bei den meisten übrigen Gelenken wendet er ebenfalls die Besonnung in gefensterten Gipsverbänden an, welche, wenn es wegen der Größe des Fensters notwendig wird, durch Schieneneinlagen verstärkt werden. Da es auch im sonnenreichen Hochgebirge Zeiten gibt, wo die Sonne tage-, ja sogar, ausnahmsweise, wochenlang streikt, sollten die Kliniken für chirurgische Tuberkulose einen Ersatz haben und zur Behandlung mehr oder weniger oberflächlicher Prozesse, falls sie sich nicht entschließen können, eine Finsen-Einrichtung in ihr Inventar aufzunehmen, doch das blaue Bogenlicht, die Breigersche Quarzlampe oder die Uviollampe anschaffen. Für die tiefen Erkrankungen, Lymphome, die Knochen- und Gelenktuberkulose usw. kommt dann der Röntgenapparat in Betracht.

Nach den Darlegungen Bernhards verdient die natürliche Insolationsbehandlung mit Recht weiteste Verbreitung, hauptsächlich auf chirurgischem Gebiet, in erster Linie für Wundbehandlung und in der Tuberkulosetherapie.

Joachimsthal.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

V. Lieblein (Prag). Zur Kenntnis der lymphatischen Pseudoappendizitis. (Wiener klin. Wochenschrift 1912. Nr. 15.) L. hat zuerst im Jahre 1910 und seither des öfteren unter der Diagnose akute, respektive chronische Appendizitis die Appendektomie bei Fällen vorgenommen, die bei der Operation an der Appendix nicht den erwarteten Befund ergaben, indem sich die Appendix nicht oder nicht sonderlich verändert zeigte.

Auch die mikroskopische Untersuchung dieser Wurmfortsätze ergab weder Zeichen einer frischen Entzündung, noch sichere Residuen eines abgelaufenen entzündlichen Prozesses. Trotzdem waren diese Appendizes nicht normal. Was sie von den normalen unterschied, war eine mächtige Hyperplasie des lymphatischen Apparates, welche als außerhalb der Breite der physiologischen Schwankung stehend aufgefaßt werden mußte, so daß es nahe lag, diese lymphatische Hyperplasie mit dem klinischen Krankheitsbilde in Beziehung zu bringen.

Überblickt man die mitgeteilten Krankengeschichten, so muß man folgendes sagen: Betroffen von den Krankheitserscheinungen, welche klinisch ganz dem Bilde der akuten resp. chronisch rezidivierenden Appendizitis entsprachen, waren beide Geschlechter, und zwar im Kindes- resp. jugendlichen Alter. Die schwersten Erscheinungen fanden sich im ersten Falle. Die Muskelspannung, die Druckschmerzhaftigkeit, sowie das hohe Fieber ließen schwere Veränderungen an der Appendix erwarten. Desto überraschender war der negative Befund. Man kann hier den Einwand machen, daß durch die Appendektomie nicht die Causa morbi entfernt wurde, da auch nach der Operation das Fieber noch durch mehrere Tage angehalten hat. Dieser Einwand ist gewiß berechtigt und L. kann ihm nur entgegenhalten, daß nach der Operation die lokalen Erscheinungen in der Ileozökalgegend vollständig geschwunden sind und man außer dem Fieber keine Krankheitssymptome an dem Kinde nachweisen konnte. Das scheint doch dafür zu sprechen, daß die Appendix mit den Krankheitserscheinungen im ursächlichen Zusammenhang gewesen ist, aber mit absoluter Sicherheit läßt sich dies natürlich nicht behaupten.

Auch im zweiten Falle waren die Erscheinungen ganz ausgesprochen, wenn auch nicht so akut wie im ersten, und der Operationsbefund einwandfrei, denn der Befund am Genitale (Vergrößerung des rechten Ovariums) entsprach lediglich der bevorstehenden Ovulation. Einem subakuten Stadium der Appendizitis entsprachen die klinischen Erscheinungen im Falle III, während im Falle VI die typische rezidivierende Appendizitis (mit allerdings nur leichten Attacken) diagnostiziert werden mußte. Die ebenfalls unter dem Bilde der chronisch rezidivierenden Appendizitis verlaufenen Fälle IV und V waren kompliziert durch die Befunde an den rechten Ovarien. Es bleibt da immer noch die Frage offen, inwieweit diese für die Beschwerden verantwortlich zu machen sind. Der Sitz der spontanen Schmerz-

haftigkeit im Falle IV sprach jedoch für den Wurmfortsatz als Quelle der Beschwerden und im Falle V ist die Tatsache, daß die Beschwerden bereits seit 14 Jahren bestanden und in den früheren Jahren bereits mehrfach die Diagnose chronische Appendizitis gemacht worden ist, zwangloser in der Richtung zu verwerten, daß hier ebenfalls die Appendix die Materia peccans gewesen ist. Auch die Analogie mit den übrigen Fällen, welche nicht durch derartige Nebenbefunde kompliziert waren, spricht für diese Annahme.

Was nun die mikroskopischen Befunde an den Appendizes betrifft, so gleichen sie einander fast wie ein Ei dem anderen und stimmen vollständig mit dem überein, was Miloslavich als lymphatische Pseudoappendizitis bezeichnet. Er versteht darunter Wurmfortsätze, welche klinisch Anlaß zur Operation geboten, sich aber mikroskopisch frei von entzündlichen Ercheinungen erwiesen haben, und lediglich durch die Hyperplasie des lymphatischen Apparates ausgezeichnet waren, wie man eine solche sehr häufig bei ausgesprochenem Lymphatismus nachweisen kann. Es frägt sich nun, inwieweit bei L.s Fällen einerseits die Erscheinungen der lymphatischen Körperkonstitution, anderseits am Wurmfortsatz selbst die bei Lymphatismus aufgefundenen Eigentümlichkeiten nachzuweisen waren.

Wie aus den Krankengeschichten hervorgeht, war in allen Fällen der Lymphatismus mehr weniger ausgesprochen. So vor allem die Blässe der Haut und sichtbaren Schleimhäute, die Neigung zu Katarrhen und Anginen usw. Am Wurmfortsatz selbst fiel makroskopisch vor allem seine Länge auf, welche nur im Fall I 8 cm, in den übrigen jedoch weit darüber betragen hat. Kotiger Inhalt hat sich allerdings nur im Falle V und VI gefunden.

Die Frage, inwieweit derartige Appendizes mit mächtiger Hyperplasie des lymphatischen Apparates für Appendizitis prädisponieren, hat bereits Miloslavich zu beantworten versucht. Er äußert sich darüber folgendermaßen: Wölben sich die vergrößerten Follikel gegen die Schleimhautoberfläche vor, so veranlassen sie die Bildung tiefer Schleimhautbuchten und schaffen dadurch für die Lokalisation der Entzündung prädisponierende Momente. Verbreitern sie sich jedoch gegen die Muskelschichte und führen sie zur Atrophie derselben, so können sie zur Beeinträchtigung der Peristaltik und Sekretstauung führen. Im gleichen Sinne können die in diesen Fällen oft vorhandene abnorme Länge der Appendix und die dadurch bedingten Knickungen wirken.

Nun liegt aber das Charakteristische der Fälle von sogenannter „lymphatischer Pseudoappendizitis“ darin, daß ja entzündliche Erscheinungen vollständig fehlen und nur durch das klinische Bild vorgetäuscht werden. Hier nun einen Zusammenhang zwischen pathologischem und klinischem Befund zu konstruieren, fällt natürlich viel schwerer.

Es ist Miloslavich zweifellos darin Recht zu geben, wenn er annimmt, daß die starke Hypertrophie des lymphatischen Apparates, sowie der manchmal in hohem Grade entwickelte Plexus myentericus auf eine erhöhte Reizbarkeit der Appendix hindeuten, sowie, daß die

durch die lymphatische Hyperplasie bedingte Dehnung der Muskelwand eine erhöhte Empfindlichkeit des Organes verursacht. Klinisch können wir aber in solchen Fällen nur jene Beschwerden erwarten, wie wir sie bei den chronisch rezidivierenden Formen sogenannter Blinddarmreizung, beim Fehlen echter akuter Anfälle finden: also vor allem spontane und Druckschmerzhaftigkeit der Ileozökalgegend, aber kein Fieber, keine peritonealen Reizerscheinungen und überhaupt gar keine Zeichen eines akuten entzündlichen Prozesses.

Hat man jedoch, so wie L. es auch gesehen hat, das klinische Bild der akuten Appendizitis vor sich, dann wird man dasselbe durch den pathologisch anatomischen Befund nicht so ohne weiteres erklären können.

L. muß offen gestehen, daß er diesem Zusammenhange vorläufig auch noch ohne plausible Erklärungsmöglichkeit gegenübersteht und sich mit der einfachen Konstatierung der Tatsache begnügen muß. Das Zusammenwirken des Klinikers und Pathologen ist gerade für diese Fälle, wenn man sie dem Verständnisse näher rücken will, unbedingt notwendig. L. verschließt sich gar nicht der Tatsache, daß, wenn wir diese unter dem Bilde der akuten und chronischen Appendizitis verlaufenden Fälle von lymphatischer Hyperplasie des Wurmfortsatzes auf diesen Befund zurückführen, unsere Beweisführung noch eine lückenhafte ist. So wurden z. B. komplette Serien nicht untersucht. Es kann sich daher schließlich doch noch um einen kleinen, schwer nachweisbaren, entzündlichen Prozeß an irgendeiner Stelle der Appendix handeln, der der nicht lückenlosen Untersuchung entgangen ist. Allerdings kann man derartige kleine Herde wiederum nur gezwungen für das klinische Bild verantwortlich machen. Auch bleibt der Einwand offen, daß der pathologische Prozeß, wenn er auch in der Ileozökalgegend seinen Sitz hat, nicht notwendigerweise gerade die Appendix betreffen muß. Vielleicht handelt es sich um Erkrankungen am Zökum, an der Ileozökalklappe, am untersten Ileum, vielleicht sogar an den mesenterialen Lymphdrüsen.

Der Umstand, daß in allen Fällen die Beschwerden nach der Appendektomie prompt geschwunden sind, läßt die Operation, die ja gewiß nicht aus dringlicher Indikation erfolgt ist, auch in den Fällen von lymphatischer Pseudoappendizitis gerechtfertigt erscheinen. Ein definitives Urteil hierüber wird sich allerdings erst fällen lassen, wenn eine über einen längeren Zeitraum sich erstreckende Beobachtung ergibt, daß die Kranken dauernd von ihren früheren Beschwerden befreit geblieben sind. Von den beiden Fällen, die L. im Jahre 1910 operiert hat, konnte er leider nur einen (Fall I) nachuntersuchen. Der Erfolg spricht entschieden zugunsten der Operation. Fall III konnte L. bislang nicht eruieren. Die übrigen Fälle haben zwar alle ihre Beschwerden nach der Operation verloren, allein es ist erst ein zu kurzer Zeitraum seit derselben verstrichen, so daß ein endgültiges Urteil noch nicht abgegeben werden kann. Ganz abgesehen davon erscheint ja auch aus dem Grunde die Appendektomie ganz rationell, als ja einerseits die Differentialdiagnose gegenüber der wirklichen Appendizitis nicht mit Sicherheit zu stellen ist und anderseits nach dem früher Gesagten derartige lymphatische Appendizes für die Ent-

zündung zu disponieren scheinen. Allerdings kann diese Frage erst durch eigens daraufhin gerichtete Untersuchungen in Fällen von echter Appendizitis einer exakten Beantwortung zugeführt werden.

Grätzer.

L. Mayet, Die Anwendung des Menthols bei jungen Kindern ist gefährlich. (La Province médicale 1911. Nr. 8). Die Nr. 7 der „Province médicale“ hatte kurz zwei Fälle wiedergegeben, welche die Gefährlichkeit der Mentholanwendung bei Säuglingen aufs neue dartun; der eine betrifft einen einmonatigen Säugling, dem der Vater selbst, Guerra y Estapè, eine 1%ige Mentholöllösung wegen Schnupfens in die Nase instilliert hatte, der andere Fall ist von Gomet in Nr. 1, 1911, der Revue médicale de la Franche-Comté kurz geschildert und betrifft auch einen einmonatigen Säugling, ein prächtiges Brustkind, dem die Mutter auf Anordnung von Gomet wegen starker Nasenabsonderung ein linsengroßes Stückchen 2%igen Mentholvaselins in jedes Nasenloch eingeführt hatte. Es war dies kaum geschehen, als das Kind schwer dyspnoisch wurde, das Gesicht wurde blau, und in noch nicht 10 Minuten war das Kind tot. In dem ersten Fall war das Kind gerettet worden.

Die Schriftleitung der Province médicale reproduziert nun wieder zwei Mitteilungen, die ihr zu diesem Thema zugingen: Der erste Fall ist der des eigenen Kindes eines Pariser Arztes, Ruffier. Er ließ eines Tages seinem sechswöchigen Kind, weil es einen leichten Schnupfen hatte, etwas Mentholvaselin in die Nase einführen.... Niemals hatte ich 10 Minuten schrecklichere Angst durchzumachen, selbst nicht 6 Monate später, als das Kind an Krupp erkrankt war. Sofort nach der Einführung Konvulsionen, Rasseln, Schaum vor Mund und Nase, Zyanose, Bewußtseinsverlust usw. Ruffier glaubte anfänglich, die Qualität des Präparats beschuldigen zu müssen. Der zweite Fall wird von F. Arloing in Lyon mitgeteilt. Es handelt sich um einen 18 monatigen Knaben, dem einer der jungen Pariser Meister der Pädiatrie einige Tropfen Mentholöl 1:30 verordnet hatte. Die erste Instillation war mit aller Vorsicht gemacht (kleine Spritze ad hoc), als sich fast sofort Glottisspasmus, Asphyxie, Konvulsionen einstellten. Nach 10 Minuten kam die Atmung wieder in Gang.

H. Netter (Pforzheim).

P. Savy und **Delachanal,** Septikämie durch den Friedländerschen Bacillus hervorgerufen. (La Province médicale 1911. Nr. 18. 6. Mai.) Die umfangreiche Mitteilung, die sich auf einen 20jährigen kräftigen Jüngling bezieht, kann dahin zusammengefaßt werden:

Keine hereditäre Belastung. — Allmählicher Beginn mit Allgemeinerscheinungen, charakterisiert durch Appetitverlust und einen Gewichtsrückgang um 15 kg in einem Monat. 13 Tage vor dem Eintritt in das Hospital akute Symptome, Frost, Schwankungen der Temperatur zwischen 39° und 40° — Kopfschmerz und Diarrhoe mit diffusen Schmerzen zwischen den Schultern und in der Lendengegend. Linksseitige, nicht-gonorrhoische Orchitis und in Abszedierung ausgehende Schwellung des linken Fußgelenkes.

Bei der Aufnahme die Zeichen einer Allgemeininfektion. 5 Tage später pleuro-pulmonärer Herd über der rechten Lungenbasis.

Auf Grund all der genannten Momente Annahme einer Septikämie und, mit Rücksicht auf den Lungenherd, einer Pneumokokken-Septikämie.

3 Tage später Exitus.

Autopsie: Pleuropulmonaler Herd rechts hinten. Milzabszeß. Typische Infektionsleber; die Veränderungen an den Nieren ganz frischen Datums. Herz frei. Im Eiter des Milzabszesses und in den Ausstrichen des Lungenherdes Bacillus Friedländer.

H. Netter (Pforzheim).

Nolf, Beitrag zum Studium der Milchsekretion. (Journ. méd. de Bruxelles 1911. 4. Mai.) Frühere Untersuchungen hatten N. zu der Annahme geführt, daß das Blutplasma eines normalen Tieres für die Zellen der verschiedenen Gewebe Antikörper enthält. Je aktiver das Funktionieren eines Organes ist und je größer die an die Gewebssäfte abgetretene Menge an Antigenen ist, um so größer die folgende Produktion der trophischen Antikörper. Jede Steigerung der Funktion eines Organs verbessert dessen Ernährung.

N. hat nun diese Erfahrung auf die Behandlung der Agalaktie anzuwenden gesucht. Statt Mammardrüsenextrakt zu injizieren, machte er den unzureichenden Ammen subkutane Injektionen aseptisch gewonnener menschlicher Milch und später einer neutralen, sterilen Kuhmilch-Kaseinlösung. Die Anwendung dieser Substanzen war, meist nach einem zweitägigen Intervall, von einer ganz beträchtlichen Steigerung der Milchmenge gefolgt, die in gewissen Fällen verdoppelt und sogar verdreifacht werden kann. Diese Wirkung kann eine recht lange Zeit vorhalten, ohne daß eine Wiederholung der Injektion nötig würde. — Das Kuhkasein scheint sonach ein hervorragendes Galaktagogum für die Frau zu sein. H. Netter (Pforzheim).

L. Natton-Larrier und **P. Salmon**, Die experimentelle Spirillose und Allaitement. (Compt. rend. hebdom. Soc. de Biol. 1911. 1. April.) Klinische Beobachtungen hatten, wie es schien, gezeigt, daß die Milch syphilitischer und mit Salvarsan behandelter Mütter eine heilende Wirkung auf den erbsyphilitischen Säugling ausübt. Die genannten Autoren haben die experimentelle Prüfung einer analogen Frage unternommen, indem sie in Laktation befindlichen Ratten Rekurrensspirillen einimpften, und haben folgende zwei Probleme ins Auge gefaßt: a) Übt die Milch eines von Spirillose geheilten oder in Krise stehenden Tieres eine präventive oder kurative Wirkung auf die Spirillose der Jungen aus? b) Besitzt die Milch mit Spirillose injizierter und mit 606 behandelter Tiere therapeutische Eigenschaften? Sie haben nun konstatieren können, daß die Milch keine präventive Wirkung hat, mag das Tier mitten in der Spirilleninfektion stehen oder die Krise bereits eingetreten sein. Eine kurative Wirkung der Milch ist nicht vorhanden, denn die Jungen starben in derselben Zeit wie die Kontrolltiere. Es wurde ferner konstatiert, daß die Milch mit Spirillose infizierter und mit 606 behandelter Tiere weder präventive noch kurative Wirkung besitzt.

Diese verschiedenen experimentellen Ergebnisse sind konform den neueren klinischen Beobachtungen, die zeigen, daß das erbsyphilitische Kind durch Zuführung der Milch der mit Salvarsan behandelten Mutter nicht gebessert wird. H. Netter (Pforzheim).

F. Trémolières und **Tousaine,** Bacillus Paratyphus B-Septikämie. Laboratoriumsinfektion. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 1911. 10. Nov.) Ein Student hatte einige Tropfen eines Paratyphus B-Kultur unfreiwillig genommen. Nach einer Inkubationszeit von genau 8 Tagen erkrankte er an einem septikämischen Paratyphoïd, das, von drei Rückfällen gefolgt und durch zahlreiche Komplikationen gestört (Taubheit, Myokarditis, appendizitischer Anfall, Cystitis acuta, Arthralgien, Neuritis ischiatica und Lähmung des Nerv. poplit. extern. usw.), fast 4 Monate dauerte. Die Blutkultur und die Agglutination, zu verschiedenen Krankheitsperioden ausgeführt, spezifizierten die Natur der Infektion.

Die Anwendung eines Autovakzins blieb ohne Wirkung. Die Beobachtung hat den Wert eines Experiments, sie ermöglicht die Bestimmung der Inkubationsdauer und zeigt, daß die Prognose des Paratyphoïds B vorsichtiger sein muß, als allgemein angenommen wird. Die Beobachtung ist insofern noch bemerkenswert, als gewöhnlich die Paratyphus-B-Infektionen von kurzer Dauer sind.

H. Netter (Pforzheim).

Ch. Vaillant, Untersuchung totgeborener und lebendgeborener Kinder mit Hilfe der Röntgenstrahlen. (Semaine médicale 1911. Nr. 6.) Die Leiche eines Kindes, das nicht geatmet hat, liefert ein homogenes Schattenbild. Die Konturen der Organe erscheinen nicht auf der Platte. Im Sommer bleibt der Befund bis zum 8. Tage, bei Wintertemperatur bis zum 14. Tage derselbe. Später füllt sich das ganze Gefäßsystem, vom Nabel beginnend, mit Gas und wird dadurch auf der Platte sichtbar. Hat das Kind dagegen geatmet, so sind alle Organe von vornherein auf der Platte sichtbar. Die unter dem Einfluß des Fäulnisprozesses auftretenden Gasansammlungen verändern das Bild zwar etwas, zerstören es aber nicht in dem Grad, daß es nicht auch später noch leicht von den Radiogrammen totgeborener Früchte unterschieden werden kann.

H. Netter (Pforzheim).

Wickham und **Degrais,** Durch Radium geheilte vaskuläre und submuköse Tumoren. (Bull. acad. méd. 1911. 27. Juni.) Die bekannten Spezialisten der Radiumbehandlung haben kutane oder submuköse Gefäßtumoren unter Radiumbestrahlungen völlig zurückgehen sehen. Diese Angiome saßen auf der Wange, auf den Lippen, auf der Zunge, in der Regio cervico-scapularis, auf den Lidern usw. Bei einem wenige Monate alten Kind mit multiplen Tumoren, welche das Gesicht bedeckten und Augen, Mund, Nase usw. verlegten, führte die Radiumbehandlung in 3 Jahren zum völligen Verschwinden der Angiome. (Unter dem Titel: „Tumeurs angiomateuses de dimensions considérables guèries par le radium depuis plusieurs années“ auch in „Bull. Soc. Fr. de Dermat.“ 1911, Nr. 7, erschienen).

H. Netter (Pforzheim).

G. Garzia, Bromnatrium und Spasmophilie. (Riv. di Clin. pediatr. Nr. 2. 1912.) Das Bromnatrium ist ein so gut wie nie versagendes Mittel beim genuinen Laryngospasmus, wofern man es nur in der nötigen Menge (2—3 g pro die) gibt; es nützt so regelmäßig, daß man aus dem Ausbleiben der Wirkung auf einen sekundären Laryngospasmus (infolge von Bronchialdrüsen usw.) schließen kann. Auf die allgemeine Spasmophilie hat aber das Brom offenbar keinen Einfluß; G. konnte in 8 Fällen übereinstimmend nachweisen, daß trotz prompter Beeinflussung des Laryngospasmus die spasmophile elektrische Reaktion völlig unverändert blieb. Das Brom wirkt also nur auf den lokalen Nervenapparat des Larynx ein. M. Kaufmann.

U. Calcaterra, Serumtherapie und postdiphtherische Lähmungen, mit spezieller Berücksichtigung der Serumtherapie durch Einspritzung in den Rückenmarkskanal. (Riv. di Clin. ped. Nr. 4. 1912.) C. verfügt über 880 injizierte Diphtheriefälle, bei denen er den Einfluß des Termins der Injektion auf die Häufigkeit des Auftretens postdiphtherischer Lähmungen prüft. Es ergibt sich folgende Tabelle:

Krankheitstag, an dem injiziert wurde	Zahl der Fälle	Anzahl der Lähmungen	Prozentsatz	Todesfälle
1	61	1	1,6 %	4
2	377	36	9,5 „	34
3	257	42	16,3 „	39
4	101	22	21,7 „	27
5	52	8	15,3 „	7
6	19	5	26,4 „	5
7	13	2	15,3 „	7

Im allgemeinen nimmt also die Häufigkeit der Lähmungen zu, je später injiziert wird; auch die Anzahl der Todesfälle wächst in diesem Verhältnis. Als sicher anzunehmen ist, daß die in den letzten Tagen, meist an schwerer Intoxikation Gestorbenen, falls sie leben geblieben wären, eine Lähmung bekommen hätten. Die Serumtherapie wirkt also mit großer Sicherheit gegen die Lähmungen vorbeugend, nur wenn sie am ersten Krankheitstage angewendet wird. Der Versuch, bei 10 ganz schweren Fällen durch sehr hohe Serumdosen den Eintritt der Lähmungen zu verhüten, schlug fehl; immerhin wurde die Schwere der Lähmungen dadurch vermindert. Bivalentes Serum (Sclavo-Bardi) wurde in 84 Fällen (2000—8000 I.E.) verwendet; es fanden sich 22 Lähmungen; allerdings handelte es sich um schwere Fälle; doch kommt dem Serum jedenfalls keine höhere prophylaktische Wirkung zu.

Mit Seruminjektion in den Rückenmarkskanal wurden 20 Fälle behandelt, 13 von mittlerer Schwere und 7 sehr schwere. Von ersteren erhielten 11 je 1000 I.E., bei 2 wurde diese Dosis zweimal gegeben; alle erhielten auch subkutan Serum. Das Resultat, 3 Fälle mit Lähmungen, hat nach keiner Seite hin Beweiskraft. Von den 7 schweren Fällen erhielt einer 1000, 5 2000, 2 4000, 1 5500 I.E. Es starben 3 schon in den ersten Tagen, 3 hatten leichtere, 3 schwere allgemeine Lähmungen; von letzteren starben 2. Dieses Resultat

spricht jedenfalls nicht für eine besondere Wirksamkeit der Applikationsweise. Letztere ist auch abgesehen davon nicht frei von Nachteilen. Gegen anaphylaktische Zufälle kann man sich wohl durch genaue Anamnese schützen, nicht aber gegen Reizerscheinungen von seiten der Meningen.

Als Heilmittel gegen postdiphtherische Lähmungen wurde Serum in 10 Fällen injiziert, stets ohne jeden Erfolg. M. Kaufmann.

A. L. Dynkin, Zur Ätiologie und Statistik der akquirierten Herzfehler im Kindesalter. (Pediatrija. 1912. Nr. 6.) Die Schlußfolgerungen, die der Autor aus seiner umfangreichen Arbeit zieht, sind folgende:

1. Im Gegensatz zu den statistischen Angaben Weills ist die Häufigkeit der akquirierten Herfehler im Kindesalter mit $^1/_2$ % bis 1 % zu bestimmen; keinesfalls ist sie höher als 1 %.

2. Ebenso wie beim Erwachsenen ist auch beim Kinde der häufigste Herzfehler die Mitralinsuffizienz. Die Aorteninsuffizienz kommt selten vor. Eine reine Stenose des linken venösen oder arteriellen Ostiums ist äußerst selten anzutreffen.

3. Als ätiologischer Moment für alle Herzfehler im Kindesalter kommen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle rheumatoide und Streptokokkeninfektionen in Betracht.

4. Bei rheumatoiden Infektionen im Kindesalter wird das Endokard in den meisten Fällen bereits während des ersten Anfalls affiziert.

5. Eine Stenose des linken venösen oder arteriellen Ostiums verläuft klinisch sehr oft latent, wenn sie zu einer bereits bestehenden Insuffizienz hinzutritt.

6. Den kombinierten Herzfehlern entspricht häufig ein „nicht kombinierter“ Puls.

7. Die Differentialdiagnose zwischen Aortendilatation und Aneurysma in den Anfangsstadien bietet große Schwierigkeiten.

8. Eine Dilatation der Aorta bei gleichzeitiger Stenose des linken venösen und arteriellen Ostiums kommt äußerst selten vor.

S. Rubinstein (Riga).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung am 25. Januar 1912.

A. v. Reuß. **Kongenitale Hautdefekte am Schädel eines Säuglings.** Auf der Scheitelhöhe des sieben Wochen alten Kindes sieht man eine haarlose Stelle, in deren Zentrum zwei konfluierende, rundlich frische Narben sichtbar sind. Am

5. Lebenstage fanden sich an dieser Stelle zwei fast kreisrunde Substanzverluste, deren Grund von schwärzlich-braunen Borken gebildet ist. Als Ursache dieser Weichteildefekte werden jetzt allgemein amnio-fötale Verwachsungen angenommen.

Swoboda bemerkt, daß solche Narben oft auch als Rest intrauterin vorhanden gewesener Angiome aufzufassen sind.

Ernst Mayerhofer. **Ein Fall von geheilter Rumination bei einem sieben Monate alten Säugling.** Der nervöse und nervös belastete Säugling zeigte im Anschluß an eine Magen-Darmstörung nach Abstillen typisches Ruminieren. Der Zustand führte zur Inanition, so daß das Kind im siebenten Monate 3690 g wog. Kein Pylorusspasmus. Breiige Nahrung wurde ohne Rumination vertragen und diese wurde zur Therapie benützt. In 6 Wochen nahm Patient fast 3 kg zu.

Sluka berichtet über eine ähnliche Beobachtung von Rumination. Beginn im 8. Monate nach einem Magen-Darmkatarrh, der trotz vielfacher Therapie sich scheinbar nicht besserte, das Ruminieren wurde als Erbrechen aufgefaßt und das Kind mit diätetischen Maßnahmen geplagt, so daß das Kind im Alter von 14 Monaten pro die nur 500 g $^2/_3$ Milch und 2 Stück Zwieback bekam. Das Kind war dementsprechend stark abgemagert und wog mit 14 Monaten nur 6130 g. Auch hier sistierte das Ruminieren auf reichliche Ernährung. In 14 Tagen nahm Patient um $2^1/_2$ kg zu.

Herbert Koch. **Fall eines makulösen Exanthems bei Diabetes mellitus.** Schwerer Diabetes mit eigentümlichem Exanthem aus erbsen- bis bohnengroßen kreisrunden oder ovalen makulösen Effloreszenzen zusammengesetzt, die einen bläulich-lividen Farbenton besitzen (ähnlich wie Maculae caerulleae). In der Mitte der Mehrzahl der Effloreszenzen war ein hellrotes winziges Pünktchen zu sehen. Die Ausbreitung des Exanthems erstreckte sich über den Stamm, obere und untere Extremitäten. In wenigen Tagen Abblassen des Exanthems. Anfangs dachte man an Flohstiche. Künstlich erzeugte Flohstiche zeigten aber nicht derartigen Verlauf. Koch hat einen viel intensiveren Fall vor einem Jahre bei einem schweren Diabetiker beobachtet. Sollten diese Effloreszenzen doch durch irgendwelche äußeren Einflüsse (Insektenstiche) entstanden sein, so ist doch die Reaktion ganz eigentümlich. Eine andere Erklärung wäre die, daß es sich um ein toxisches Exanthem handelt, dessen Aetiologie man in dem Diabetes selbst zu suchen hätte. In der nächsten Sitzung (vom 22. Februar 1912) zeigt Koch neuerlich den Fall mit frischen Flecken.

Zatelli hatte unterdes einen ähnlichen Fall bemerkt und berichtet unter Vorzeigen einer Abbildung über denselben. Auch Novaček aus Zólyom meldete brieflich über die Beobachtung eines analogen Falles bei einem Diabetiker im Alter von 16 Jahren.

Edmund Nobel. **Ein Fall von Arthritis chronica progressiva.** Das 8 jährige Mädchen erkrankte um Weihnachten 1910 mit Fieber und starken Schmerzen im rechten Handgelenk und Nacken. Unter anhaltendem Fieber schwoll auch das linke Handgelenk an, worauf die Schmerzen nachließen. Unter vorangehenden neuerlichen Schmerzanfällen und nachfolgender Schwellung mit gleichzeitigem Fieber und starken Nachtschweißen ergriff die Erkrankung weiterhin zuerst das rechte, dann das linke Fußgelenk, beide Kniegelenke, zum Schlusse das rechte Hüftgelenk. Die Schwellungen in den Gelenken nahmen nach wiederholten Schmerzattacken noch weiter zu. Dabei war die Beweglichkeit der befallenen Gelenke vielfach relativ gut. Seit März 1911 ist Patientin ans Bett gefesselt. Seit Januar 1911 wurden die Knochen dünner. In diesem Monate Pirquet +. Wassermann negativ.

Der klinische Befund ergibt das typische Bild der Arthritis chronica progressiva. Auffallend ist eine starke Schwellung fast sämtlicher Lymphdrüsen. Die Röntgenbilder zeigen neben hochgradiger Atrophie eigentümliche periostale Auflagerungen an den Phalangealknochen.

Nobel erörtert die Differentialdiagnose des Falles, bespricht auch die Möglichkeit der Annahme des tuberkulösen Gelenkrheumatismus. Das Kind wurde neuerdings in die Klinik aufgenommen, um Radiumbehandlung einzuleiten.

Spieler hält den Fall für tuberkulösen Gelenkrheumatismus im Sinne von Poncet. Bauer bemerkt, daß bei einem analogen Fall eine 4 Wochen dauernde Behandlung mit Radium, Trink- und Badekur ohne Erfolg war.

Hans Januscke. **Allgemeines Tuberkulid nach Masern bei einem 2 jährigen Kind.** Vor 2 Monaten Masern, danach rapide Zunahme der tuberkulösen Veränderungen in den Lungen. Dabei traten auf der äußeren Haut allenthalben papulosquamöse Tuberkulide von 2—6 mm Größe auf, besonders reichlich in der Lendengegend, am Gesäß und an den unteren Extremitäten.

Zappert. **Einige Befunde an Spinalganglien von Kindern.** Es wird das normale Bild der Spinalganglien umgrenzt, wobei einzelne Befunde, die bisher in der Pathologie der Spinalganglien als pathologisch hingestellt worden waren, in den Bereich des Nichtkrankhaften eingereiht wurden. Die v. Petersschen Befunde bei Tetanie werden abgelehnt, die Zellenkolonien von Sibelius in ihrer Bedeutung als Zeichen einer Entwicklungsstörung gewürdigt, hingegen als Begleitmerkmal der hereditären Lues nicht in vollem Sinne von Sibelius akzeptiert. Dagegen scheinen in pathologischen Fällen Schwellungen der Ganglienzellen mit sekundärer Kolonienbildung vorzukommen. Auch das Vorhandensein einer Rundzelleninfiltration bei Meningitis- und Masernfällen scheint dem Vortragenden sehr wahrscheinlich. Ein zwei Jahre nach der Infektion verstorbener Poliomyelitisfall zeigte Reste einer Entzündung in den Spinalganglien. Schließlich gibt Vortragender einige Ausblicke auf die Möglichkeit einer klinischen Pathologie der Spinalganglien im Kindesalter.

Bauer. **Über Intrakutanreaktion.** Das Stadium der von Fukuhara beim Kaninchen, von Esch beim Menschen beschriebenen Intrakutanreaktion mit Serum nach vorheriger Serumbehandlung ergab für die Theorie der Kutanreaktion folgende Resultate: Die Reaktion beginnt und verläuft parallel der Antikörperbildung und ist im allgemeinen am stärksten bei vollentwickelter Serumkrankheit. Nur in einem solchen unter 6 Fällen war sie negativ. Bei einer anderen früh einsetzenden allgemein urtikariellen Serumerkrankung bewies das Fehlen von Intrakutanreaktion und Antikörperbildung den nicht anaphylaktischen Charakter (Pirquet und Schick) dieser Erscheinung. Verschiedene Sera geben, wenn sie verschiedene Giftigkeit für den Menschen haben, beim Empfindlichen auch verschieden intensive intrakutane Lokalreaktion, was vielleicht der Serumgiftigkeit (antigenen Kraft) zugeschrieben werden kann. Die Beobachtungen beweisen, daß die intrakutane Reaktion bei Serumkrankheit auf echter Anaphylaxie beruht.

Pollak bemerkt, daß Hamburger und er vor $1^1/_2$ Jahren analoge Versuche veröffentlicht haben. Pirquet weist bezüglich der Priorität darauf hin, daß ganz ähnliche Versuche wie von Hamburger und Pollak sowie Bauer von Pirquet und Schick gemacht wurden und in der Serumkrankheit ausführlich beschrieben wurden, nur sei damals nicht intrakutan, sondern subkutan injiziert worden.

Die Anaphylaxie hält Pirquet nach den Untersuchungen von Bessau an seiner Breslauer Klinik für einen nicht spezifischen Vergiftungszustand, der durch Anaphylaxie oder Apotoxin und durch verschiedene Gifte hervorgerufen wird.

Hecht. **Postdiphtherische Herzstörung elektrokardiographisch verfolgt.** Ein 7 Jahre altes Mädchen zeigte im Verlaufe einer schweren Rachendiphtherie zur kritischen Zeit typische Symptome einer Herzschädigung: Dilatation des Herzens, exquisiten Galopprhythmus, Lebervergrößerung, Blässe des Gesichts, Mattigkeit. Daneben bestand auch Gaumensegellähmung. Auf der Höhe der Herzschädigung ergab die elektrokardiographische Untersuchung eine hochgradige Störung im Reizleitungssystem: inkomplette Dissoziation, gleichzeitige Kontraktion von Vorhof und Ventrikel. Die Reize zur Auslösung dieser Kontraktion dürften von einem in der Gegend des Tawaraknotens gelegenen myokarditischen Herd herrühren. Trotzdem die schwere Störung einen schlechten Ausgang befürchten ließ, bildeten sich die Herzsymptome, wenn auch nur ganz allmählich, zurück, die Schlagfolge wurde wieder normal, ebenso das Elektrokardiogramm. In der Übergangszeit zeigten sich Arhythmien durch Extrasystolen bedingt, die von verschiedenen Stellen, einmal vom Vorhof, das andere Mal vom Ventrikel ausgelöst wurden. (Das Kind, das sich jetzt (Mai) noch in der Klinik befindet, ist vollständig hergestellt. Ref.)

Gemeinsame Tagung der Vereinigungen niederrheinisch-westfälischer und südwestdeutscher Kinderärzte.

Wiesbaden, 14. April 1912.

(Nach d. Deutschen med. Wochenschr.)

Vorsitzende: Schlossmann (Düsseldorf) und Salge (Freiburg).

1. Blumenfeld (Wiesbaden): **Indikationen zur Adenotomie bei Kindern.** Die Entfernung der Rachenmandel ist nicht allein von ihrer Größe abhängig. Mandeln, welche die Atmung der Nase total verlegen, dürften in allen Fällen zu entfernen sein. Bei Kindern unter einem Jahre sollte nur operiert werden, wenn direkte Gefahr für das Ohr besteht, oder das Saugen und damit die Ernährung beeinträchtigt wird. Bei älteren Kindern kommen hauptsächlich zwei Gesichtspunkte in Betracht: 1. Die Einwirkung der vergrößerten Rachenmandeln auf die Nachbarorgane. Bei Kindern, die schwerhörig sind und bei denen das Trommelfell dauernd eingezogen ist, ebenso bei solchen, die an Otitis media leiden, ferner bei erheblicher Schleimbildung in Rachen und Nase, wird man mit der Operation nicht zögern können. 2. Die allgemeine Infektion von der vergrößerten Rachenmandel aus. Blumenfeld hat bei 50 Fällen von röntgenologisch und physikalisch nachweisbaren Endothorakaldrüsen nur in einem Falle eine Vergrößerung der Rachenmandel vermißt. Bei zehn Kindern mit endothorakalen Drüsen, die an Bronchitis und unregelmäßigem Fieber litten, kam Vortragender mit der Allgemeinbehandlung nicht zum Ziele. Heilung trat erst nach der Adenotomie ein. Die systematische Lymphdrüsenerkrankung ist demnach als Indikation zur Adenotomie zu betrachten, auch wenn die Rachenmandel nur mäßig vergrößert ist. 3. Von geringer Bedeutung für die Indikationsstellung sind die sogenannten Fernwirkungen: Enuresis, Pavor nocturnus, Epilepsie, Asthma etc.

2. Czerny (Straßburg): **Pathologie der Muskulatur des Kindes.** Neugeborene bringen eine erblich quantitativ und qualitativ verschiedene Muskulatur zur Welt. Die Prüfung dieser Tatsache kann durch Untersuchung des Greifreflexes erfolgen, der bei jedem Neugeborenen in verschiedener Intensität vorhanden ist, sowie dadurch, daß man das Kind am Rücken unterstützt und aufhebt. Bisher war von Muskelanomalien nur die Oppenheimsche Myatonia congenita bekannt. Die Unfähigkeit, zu sitzen und zu stehen, wird oft fälschlich mit Rachitis in Zusammenhang gebracht. Für die Beurteilung der Muskelanomalien kommen drei Momente in Betracht: 1. Vererbung, 2. Übung, 3. Ernährung. Fehlt der Trieb zur Innervation, so bleibt die Muskelentwicklung zurück. Mit Unrecht wird die frühzeitige Bewegung der Säuglinge gehindert. Schwache Bauchmuskulatur unterstützt das Zustandekommen von Meteorismus, der die Atmung behindert und die Zirkulation schädigt. Die Senkung des Brustkorbes erfolgt in der Hauptsache im zweiten Lebensjahre. In dieser Zeit entstehen auch die meisten Haltungsanomalien und die Enteroptose. Ein Vorschlag zur Übungstherapie ist nur von Epstein gemacht worden. (Schaukelstuhl.) Über den Einfluß der Ernährung sind bisher nur Versuche von Gregor vorhanden. Er hat die These aufgestellt, daß die Kohlehydrate die Entwicklung kräftiger Muskulatur fördern. Die muskelärmsten Kinder sind in der Tat die, bei deren Ernährung Kohlehydrate ausgeschaltet wurden.

Diskussion. Göppert (Göttingen) betont, daß in Göttingen und auch anderwärts systematische Übungen vom vierten Lebensmonat an ausgeführt werden. Er erwähnt die Bedeutung leichter Skoliose für Irrtümer bei der Spitzenperkussion und weist auf den „flachen Rücken" hin, der ebenfalls durch schwache Rückenmuskulatur bedingt ist. Von enteroptotischen Zuständen ist die Ptose der Milz und der Leber erkannt. — Rosenhaupt (Frankfurt a. M.) empfiehlt das Buch „Kindersport" von Neumann-Neurode. — Schlossmann (Düsseldorf) betont den Wert der Czernyschen Darlegungen für die Praxis. Er wirft die Frage nach dem Glykogengehalt der Muskulatur und nach der Indikationsstellung

auf, damit der Glykogengehalt nicht übertrieben werde. — Guradze (Wiesbaden) erwähnt, daß die Orthopäden für die Kriechbewegungen der Säuglinge eintreten. — Riehn (Hannover) will die Säuglinge nur auf harte Unterlagen gelagert wissen. Das Einsinken in Federbetten begünstigt, besonders bei Meteorismus, das Entstehen von Wirbelsäulendeformationen. Zum Studium der Enteroptose sind besonders Kinder zu empfehlen, bei denen sich schon im ersten Lebensjahre die Costa decima fluctuans (Stiller) findet. — Neter (Mannheim) hat Obstipation bei Mädchen häufiger als bei Knaben beobachtet und bringt das mit verschiedener Entwicklung der Muskulatur in Zusammenhang; er weist auf den Wert der Massage hin. — Grosser (Frankfurt a. M.) hat von palpablen Organen fast immer das Coecum mobile und größere Exkursionen des Magens gefunden. — Czerny (Schlußwort) weist darauf hin, daß die Anomalien in der Muskelentwicklung verschiedene Muskelgruppen betreffen kann. Im Kohlehydratgehalt gibt es sicher Unterschiede, wie es z. B. bei der Inanition zutage tritt.

3. Gernsheim (Worms): **Ein Fall von generalisierter Angiomatosis.** Mitteilung eines Falles von systematisierter, generalisierter Angiomatosis bei einem Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von 5000 g. Das Kind, das in den ersten zwei Wochen 800 g abnahm, konnte trotz Mutter- und Ammenmilch nicht in die Höhe gebracht werden; es ging in der elften Lebenswoche zugrunde. Die Sektion ergab eine gewaltige Vergrößerung der Leber, die mit einer Unmenge bis kirschkerngroßer Geschwülste durchsetzt war. Denselben Befund bot die Milz. Das Herz war stark hypertrophisch. Die histologische Untersuchung ließ die Tumoren als echte Angiome erkennen.

4. Lust (Heidelberg): **Zur Pathogenese der Barlowschen Krankheit.** Stoffwechselversuche ergaben im floriden Stadium eine merkliche Erhöhung der Aschenbilanzen, besonders der Kalkbilanz. Im Reparationsstadium waren sämtliche Aschenbilanzen negativ, als wolle sich der Organismus eines Depots überschüssigen Materials entledigen. Diese mangelhaften Retensionswerte zogen sich auch noch in das Stadium der klinischen Heilung hinein, wenn auch hier die Tendenz zutage trat, sich wieder normalen Ansatzwerten zu nähern. Es trat eine weitgehende Übereinstimmung des Stoffwechselversuchs mit den Befunden der pathologischen Anatomie und der Röntgenologie zutage.

Diskussion: Kleinschmidt (Marburg) hat einen Fall von Barlowscher Krankheit bei der Ernährung mit Perhydrolmilch beobachtet. — Köppe (Gießen) weist darauf hin, daß in dieser Milch die Fermente vernichtet sind. — Salge (Freiberg i. B.) fragt, wie lange sich das Kind im Stoffwechselversuche befunden hat und wie dieser von dem Kinde vertragen wurde. — Lust (Schlußwort) teilt mit, daß die Versuchsperioden je vier Tage gedauert hätten und daß die Ruhelage dem Kinde offenbar wohlgetan habe.

5. Grosser (Frankfurt a. M.): **Organische Phosphorverbindungen als Diätetica.** Experimentelle Untersuchungen ergaben keine Überlegenheit der organischen Phosphorverbindungen den anorganischen gegenüber.

Diskussion: Göppert (Göttingen) weist auf den Widerspruch der Grosserschen Ergebnisse mit denen Heubners hin.

6. Guradze (Wiesbaden): **Demonstrationen aus dem Gebiete der orthopädischen Chirurgie.** Genu varum, zerebrale Kinderlähmung, Klumpfuß mit amniotischer Abschnürung.

7. Kleinschmidt (Marburg): **Zur Frage der Wirksamkeit des Diphtherieserums bei Beteiligung des Nervensystems an der Erkrankung.** Das Nervensystem stellt eine Prädilektionsstelle für den Angriff des Diphtherietoxins dar. Bei der postdiphtherischen Polyneuritis, der Diphtheria gravissima, der diphtherischen Herzschwäche und dem diphtherischen Marasmus ist klinisch eine Beteiligung des Nervensystems an der Erkrankung anzunehmen. Allen diesen Krankheitsformen ist die mangelhafte Beeinflußbarkeit durch die übliche Serumbehandlung gemeinsam. Erfolge werden nur bei Anwendung sehr hoher Dosen, intravenöser oder intralumbaler Injektion berichtet. Durch die bisherigen Untersuchungen ist nicht klargestellt, ob das Serum an die Nervenzellen gebundenes Toxin wieder loszureißen vermag. Es wurde daher im Reagenzglas Toxin mit Gehirnemulsion (Meerschwein) zusammengebracht und nach der Bindung Antitoxin zugefügt. Zum Nachweis des Toxins diente Römers Intrakutanmethode. Es stellte sich heraus, daß sogleich nach

der Bindung im Überschuß zugesetztes Antitoxin imstande ist, an die Nervenzellen verankertes Gift wieder loszulösen. Kurze Schlußfolgerungen für die Praxis.

Diskussion: Hillebrecht (Mainz) weist auf einige technische Schwierigkeiten bei intravenösen Injektionen hin, die durch den Kollaps der Venen und blutige Imbibition des subkutanen Gewebes bedingt sind. Intralumbale Injektionen hält er, wenigstens bei späterer Herzschwäche, für gefährlich. — Cahen-Brach (Frankfurt a. M.) fragt, ob bei systematischer Anwendung hoher Dosen weniger Fälle von Herztod beobachtet würden.

8. Köppe (Gießen): Über die Stillsche Krankheit. Die Erkrankung begann im Alter von zwei Jahren und verlief unter dem Bilde einer polyartikulären Tuberkulose. Die Beurteilung wurde durch eine dauernde Dämpfung über der linken Lunge erschwert. Beobachtungsdauer: Ein Jahr. Die Sektion ergab nichts über die Ätiologie.

Diskussion: Göppert erwähnt zwei Fälle, die beweisen, daß von einem einheitlichen klinischen Verlauf nicht die Rede sein kann. — Grosser fragt nach dem Fieberverlauf. — Neuhaus (Frankfurt a. M.) erkundigt sich nach dem Ausfalle der bakteriologischen Untersuchung. — Czerny (Straßburg) hält es nicht für angebracht, das wechselnde Krankheitsbild als Stillsche Krankheit abzugrenzen. — Köppe (Schlußwort): Das Fieber war durchaus unregelmäßig, bakteriologische Untersuchungen wurden nicht vorgenommen.

Die nächste Tagung findet 1913 in Wiesbaden statt.

III. Monats-Chronik.

Berlin. Der bekannte Pädiater Prof. H. Neumann ist gestorben.

Friedrichshagen. Der Neubau des Pflegeheims für erblich kranke Kinder ist am 30. Juni eingeweiht worden.

Templin (Mark). Die Deutsche Zentrale für Jugendfürsorge eröffnet hier ein Heilerziehungsheim für minderbemittelte psychopathische Kinder. Alles Nähere durch die Geschäftsstelle, Berlin C. 19, Wallstraße 89.

Würzburg. Der Landtag hat die Errichtung einer hiesigen a. o. Professur für Orthopädie genehmigt.

Wien. Priv.-Doz. Dr. Zappert ist zum Primarius des neu zu errichtenden israelitischen Kinderspitals ernannt. — Dr. L. Moll, bisher Priv.-Doz. in Prag, hat sich habilitiert.

Charkow. a. o. Prof. Dr. Tscherewkow ist zum o. Prof. ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVII. Jahrgang. 1. September 1912. Nr. 9.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Ernst Schloß, Die chemische Zusammensetzung der Frauenmilch auf Grund neuer Analysen. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1912. Bd. 10. Nr. 10.) Die Zusammensetzung der Frauenmilch ändert sich im Laufe der Laktation. Sicher nachgewiesen war diese Veränderung für Eiweiß und Aschenbestandteile, die jüngere Milch ist salz- und eiweißreicher; dabei steht die Zusammensetzung der Milch in keinem wesentlichen Abhängigkeitsverhältnis zu der produzierten Menge.

Die Kolostralmilch zeigt einen verhältnismäßig niedrigen, aber immerhin den Durchschnittswert der Milch übersteigenden N-Gehalt. Der Wert für die Gesamtasche ist hoch, hieran sind Erdalkalien lange nicht so stark beteiligt wie bei der fertigen Milch; dieses Manko wird durch die Alkalien gedeckt, und zwar ausschließlich durch das Natrium. Das Verhältnis der drei wichtigsten Kationen Ca, Na und K ist ein durchaus anderes als bei der fertigen Frauenmilch. Zwischen Kolostral- und Frauenmilch gibt es eine Übergangsmilch.

Schick.

Th. Hoffa, Über sichtbare Magenperistaltik beim Säugling. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1912. Bd. 10. Nr. 10.) Nach Beobachtungen von H. ist sichtbare Magenperistaltik kein sicheres Zeichen von Pylorusstenose. Er sah Magenperistaltik bei einem 3 Monate alten Knaben, der wegen einer chronischen Ernährungsstörung aufgenommen wurde und bei Frauenmilch sich schnell erholte. Kein Erbrechen, kein Speien. Das Kind war nicht auffällig abgemagert. Weiteres bei zwei Säuglingen, die beide an Krämpfen infolge intrameningealer Blutergüsse bei der Geburt erkrankt waren; endlich bei zwei nervösen sonst gesunden Kindern.

Schick.

Hans Hahn, Über die Prognose der Säuglingstuberkulose. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1912. Bd. 10. Nr. 10.) H. berichtet über 69 Fälle von Säuglingstuberkulose, von denen 48 gestorben sind, von zwei Kindern ließ sich das Schicksal nicht ermitteln. Zurzeit sind am Leben 19 Kinder, von diesen stehen 2 im zweiten, 11 im dritten, je 3 im vierten und fünften Lebensjahre. Das Mortalitätsprozent für alle Kinder, die im ersten Lebensjahre zur Beobachtung kamen, war 77,3. Die Aussicht, am Leben zu bleiben, ist

für die Kinder um so geringer, je frühzeitiger sie mit Tuberkulose infiziert werden. Die Säuglingstuberkulose hat also keine absolut schlechte Prognose. Ein Einfluß der Ernährung ist nicht mit Sicherheit zu erkennen. Die Todesfälle werden durch generalisierte Tuberkulose beherrscht. Die Neigung, sich schnell auszubreiten und in eine Miliartuberkulose überzugehen, ist also daran schuld, daß die Tuberkulose im Säuglingsalter eine so schlechte Prognose hat. Die Prognose der Säuglingstuberkulose ist abhängig von der Infektionsquelle und von dem Zustand der Infektionsvermittler. Wichtig sind Gelegenheit zu wiederholter und ständiger Infektion, die Menge und vielleicht die Virulenz der Bazillen. Die unehelichen Kinder sind anscheinend in bezug auf Infektionsmöglichkeit und Infektionsverlauf besser gestellt als die ehelichen. Schick.

R. Halberstadt, Akute Nephritis nach impetiginösem Ekzem. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1912. Bd. 10. Nr. 10.) Es handelt sich um ein 10jähriges Mädchen, das im Anschluß an ein impetiginöses Ekzem eine hämorrhagische Nephritis bekam, die durch einen urämischen Anfall eingeleitet wurde. Alle Symptome wurden in sehr kurzer Zeit geringer, um jedoch nach einer Influenzaattacke in alter Stärke zurückzukehren. Mit dem Abheilen der Influenza nahmen sie ab und wurden noch einmal intensiver, als eine fieberhafte Herzaffektion hinzutrat. Auch diese heilte ebenso wie die Nephritis in einigen Wochen ab, und zwar dauernd. Schick.

K. Mallinckrodt, Vitiligo und Chorea. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1912. Bd. 10. Nr. 10.) Idiopathische Vitiligo bei einem $8^1/_2$ Jahre alten Mädchen, nach heftigem Erschrecken vor 3 Jahren entstanden. Die Haare sind fast völlig ergraut, die Stirne ist gelbbraun mit einzelnen weißen Flecken. Um den Hals findet sich halskrauseartig ein großer weißer Fleck. Auf Brust und Rücken finden sich ebenfalls eine Anzahl größerer und kleinerer weißer Stellen.

Der Fall gewinnt weiter dadurch an Interesse, daß dieser Pigmentschwund mit Chorea vergesellschaftet war, ein Zusammentreffen, das bisher nur zweimal beschrieben ist. Schick.

G. Sainmont, Vergleichende Untersuchungen am Hunde über die Wirkung verschiedener Zuckerarten. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1912. Bd. 10. Nr. 11.) Bei Zufuhr verschiedener Zuckerarten in gleicher Menge bei jungen Hunden (20 g Zucker) pro Kilogramm kann die Wirkung des Zuckerzusatzes verschieden ausfallen. Rohrzucker und Traubenzucker entfalten in den genannten Mengen eine sichere Giftwirkung, die in vielen Fällen zum Tode führt, während Milchzucker, der zur Hälfte aus Traubenzucker, zur Hälfte aus Galaktose besteht, viel weniger schädlich ist und endlich reine Galaktose vollkommen indifferent erscheint. Alle Anzeichen sprechen für eine Störung im Stoffwechsel als Ursache der durch Rohr- und Traubenzucker herbeigeführten Todesfälle, während der einzige Todesfall bei Milchzucker viel eher seine Erklärung in der Schwere des Durchfalles allein finden könnte.

Bei den mit Rohrzucker gefütterten Tieren zeigte der Dünndarm in den obersten Abschnitten ausgesprochene Veränderungen gegenüber der Norm: z. B. bei Fall 4. Fast in allen Zotten war das Bindegewebe von der Epithelschichte losgelöst und nach der Zottenbasis hin retrahiert. Zwischen dem Bindegewebe und dem Epithel befand sich ein großer, mit Flüssigkeit erfüllter Hohlraum. Schick.

Ivar Wickman, Beiträge zur Kenntnis der Dekanülement- und Extubationsschwierigkeiten und ihrer Behandung. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1912. Bd. 10. Nr. 11.) Im ersten Abschnitt beschreibt W. die psychisch bedingten Hindernisse des Dekanülements und der Extubation, Fälle, bei denen keine organisch bedingte Stenose vorhanden ist, sondern nur aus Furcht des Kindes vor dem Dekanülement dieses nicht gelingt. Als Beispiel wird über einschlägige Fälle berichtet. Das erste Kind wurde wegen Respirationsschwierigkeiten nach Scharlach tracheotomiert und konnte später nicht dekanüliert werden. Es lag die Vermutung nahe, daß bei dem Versuch der Entfernung der Kanüle ein spastischer Glottiskrampf auftrat. Das Kind aquirierte einen Krupp und starb. Bei der Sektion zeigten sich keinerlei Hindernisse. In einem zweiten Fall gelang das Dekanülement durch Intubation, nachdem vorher durch Sondierung festgestellt war, daß keine Stenose vorhanden war.

Im zweiten Abschnitt erörtert W. die sekundäre Intubation bei organischen Stenosen, die sehr häufig zum Ziele führt. Zum Schluß weist W. auf die Behandlung der organischen Stenosen mittels von der Trachealwunde her eingeführten Metallbolzen hin, die kürzlich von Thost in einer ausführlichen Arbeit dargestellt wurden.

Schick.

K. Huldschinsky, Untersuchungen über die Pathogenese der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. 5. Mitteilung: Über die flüchtigen Fettsäuren im Mageninhalt gesunder Säuglinge. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. S. 366.) Es wurden im ganzen etwa 175 Ausheberungen vorgenommen und der Mageninhalt nach der Edelstein-Weldeschen Vakuumdampfdestillationsmethode auf flüchtige Fettsäuren untersucht. Die Resultate, die sich nur auf den Magen bei normaler Verdauung beziehen, lauten:

1. Der Magen enthält bei Frauenmilchernährung nur sehr geringe Mengen flüchtiger Säuren, bei Kuhmilchernährung drei- bis sechsmal so viel.

2. Die Mengen der gefundenen Fettsäuren entsprechen der Menge des in der Nahrung enthaltenen Fettes; Zucker und Eiweiß üben keinen Einfluß aus.

3. Die Bildung der flüchtigen Säuren im gesunden Säuglingsmagen ist lediglich durch fermentative Spaltung der Glyceride dieser Säuren zu erklären. Die Art der gebildeten niederen Säuren entspricht den im Milchfett präformierten Säuren.

4. Essigsäure wird im gesunden Säuglingsmagen nur in geringer Menge gebildet. Wohl aber scheint es möglich, daß durch eine pathologische Vermehrung der bei Kuhmilchernährung im Magen in größerer Menge sich bildenden, an sich weniger toxischen Buttersäure, Capron-

und Caprylsäure die Peristaltik beschleunigt wird und eine akute Dyspepsie entsteht. Schick.

O. Kastner, Körpervolumen und spezifisches Gewicht von Säuglingen. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 5. u. 6. S. 391.) Das Körpergewicht kann leicht bestimmt werden. Man muß außerdem das spezifische Gewicht bestimmen. Dies geschieht durch Eintauchen in Wasser. Kopf wird durch Berechnung gemessen.

Zwischen horizontalem Schädelumfang in Stirnhöhe und Schädelvolumen herrschen anscheinend konstante Beziehungen.

Kind wird mit Träger befestigt in das Wasser getaucht und die Überlaufsmenge des Wassers bestimmt (Inspirationsvolumen) gemessen. Bestimmungen an 154 Kindern.

Das spezifische Gewicht der Säuglinge und der Säuglingsleichen schwankt zwischen 0,8832 (etwa dem der Öle) und 1,2435 (etwa dem der gesättigten Kochsalzlauge). In 124 oder 81% aller Fälle war das spezifische Gewicht des Körpers unter jenem des Wassers, in 29 (= 19%) entsprach es diesem oder übertraf es. Das mittlere spezifische Gewicht normaler Säuglinge scheint jenseits des zweiten Lebensmonates und besonders im zweiten Lebensjahre ein wenig abzusinken.

Ernährungseinflüsse: Die Brustkinder waren ceteris paribus spezifisch etwas leichter als die teilweise oder mit Milchmischung Ernährten.

Atrophie ergibt in manchen Fällen eine Verminderung der mittleren Körperdichte. Das ist etwas überraschend. Es muß nicht nur der Fettschwund eine Rolle spielen, sondern auch die Wasserverarmung; vielleicht ist die Verminderung der Körperdichte auf relative Verluste an N-haltigem Material und Asche zu beziehen. Diese Abnahme des spezifischen Gewichtes ist aber keine gesetzmäßige. Es befinden sich auch solche Atrophiker darunter, die ein sehr hohes spezifisches Gewicht haben.

16 Fälle mit alimentärer Intoxikation zeigten Verminderung der Körperdichte (Wasserverlust).

23 Fälle mit florider Rachitis ergaben folgendes Resultat: der Rachitiker in der ersten Erkrankungsperiode ist spezifisch leichter, später spezifisch schwerer als gleichalterige gesunde Kinder (Mineralstoffwechsel?).

7 Kinder mit pastösem Habitus zeigten ein etwas kleineres Gewicht als normale Individuen, doch treten die Unterschiede nicht durchgreifend zutage. Ähnliches gilt auch von den Fällen mit exsudativer Diathese. Schick.

M. Pfaundler, Körpervolumen- und Körperdichtebestimmung am lebenden Säugling. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 5 u. 6.) Man hätte von den Kastnerschen Versuchen erwarten können, daß sie uns einen Einblick gewähren in die Vorgänge des Organismus, nachdem ja das spezifische Gewicht das resultierende aus dem spezifischen Gewicht der einzelnen Bestandteile ist. Es herrscht aber nach den Zahlen Kastners nur Unebenmäßigkeit, ja scheinbar freie Willkür. Man mußte daher zum Schlusse

kommen, daß neben den Faktoren der Konstitution, des Alters, der Erkrankung im Körper noch ein weiterer Faktor auf das spezifische Gewicht Einfluß in bestimmter Weise nehme. Vor allem Luft! (Verdauungsschlauch und Inspirationsraum.)

Diese Art der Bestimmung ergibt also keine verwertbaren Resultate. Vielleicht ließen sich auf dem sogenannten Wege der Volumenometrie bessere Werte ermitteln. Schick.

W. Knöpfelmacher und **W. Schwalbe,** Hydrozephalus und Lues. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 5 u. 6.) 11 Fälle, 4 davon Ballonschädel — sicherlich kongenitale Hydrozephalie — zeigten negativen Wassermann im Blut und Zerebrospinalflüssigkeit. — Eine zweite Gruppe von Fällen bezieht sich auf Kinder, welche frühzeitig Hydrozephalusschädel bekamen, bei welchem das Wachstum des Schädels nicht so hochgradig war. Schädelumfang nicht sehr groß. Die Nähte klaffen, die Fontanellen zum Teil vorgewölbt. 3 Fälle ergaben negativen Wassermann. Schick.

E. Thomas, Zur Einteilung der Myxödemformen. (Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 10.) Schlußfolgerungen:

1. Es gibt nicht nur angeborene totale Aplasie, sondern auch Hypoplasie der Schilddrüse.

2. In diesen Fällen findet sich nicht ein in allen Durchmessern gleichmäßig verkleinertes Organ an typischer Stelle, sondern das vorhandene Schilddrüsengewebe ist dystopisch, meist eingeschlossen in Tumoren des Zungengrundes.

3. Die Fälle von totaler Aplasie der Schilddrüse überschreiten nie das Pubertätsalter. Bei Fällen von kongenitalem Myxödem, welche älter geworden sind, handelt es sich mit größter Wahrscheinlichkeit um angeborene (dystopische) Hypoplasie. Grätzer.

Max Hirsch (Berlin), Zur Kritik der Schultzeschen Schwingungen als Mittel zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener.[1] (Ebenda.) Die Behandlung des Scheintodes der Neugeborenen hat eine große Literatur und ist in den letzten Jahren wiederum Gegenstand lebhafterer Diskussion gewesen.

Die von B. S. Schultze in die Geburtshilfe eingeführte Schwingungsmethode hat schnell einen großen Kreis von Anhängern gefunden und ist im Laufe der Jahre so eigentlich das Wiederbelebungsmittel *κατ᾽ ἐξοχήν* geworden. Zwar hat Schultze selbst in seiner 1866 erschienenen Abhandlung und in seinen späteren Monographien und Aufsätzen die Indikationen und Gegenanzeigen für seine Schwingungsmethode aufgestellt und genau zu formulieren versucht. Gleichwohl aber werden seine Schwingungen in der Praxis, man kann wohl sagen fast ausnahmslos, bei jeder tiefen Asphyxie angewendet.

Dieses schematische und wohl auch kritiklose Verfahren in der Praxis hat einen zweifachen Grund. Der erste ist in den vorzüglichen Erfolgen der Methode, welche in den klinischen Statistiken zum Ausdruck kommen und welche in den Einzelfällen tatsächlich

[1]) Der interessante Artikel sei in toto wiedergegeben. Grätzer.

schnell und augenfällig wie bei keinem anderen Verfahren künstlicher Atmung erreicht werden, zu suchen. Der zweite liegt in dem meist vergeblichen Bemühen, die von Schultze aufgestellten Gegenindikationen in dem Augenblick, in dem die Wiederbelebung notwendig ist, d. h. gleich nach der Geburt, zu erkennen. Die kritische Würdigung der Gegenanzeigen ist dem Arzte um so schwerer gemacht, als Schultze selbst die Anwendung seiner Schwingungen ohne Zeitverlust unverzüglich vorzunehmen empfiehlt, da mit jeder Minute die Chancen der Lebensrettung geringer werden. Die Tatsache dieser Schwierigkeiten und vergeblichen Bemühungen hat in der Praxis zu dem Resultat geführt, daß Anzeigen und insbesondere Gegenanzeigen zu theoretischer Bedeutung herabgesunken sind und die Schultzeschen Schwingungen allgemein den Ruf eines Wiederbelebungsmittels bekommen haben, das bei jeder tiefen Asphyxie sofort anzuwenden ist.

Auch der Streit zwischen Ahlfeld und Schultze, welch letzterer die Meinung vertritt, daß der Tod infolge von Hirndruck ein Erstickungstod sei, während Ahlfeld beide Zustände streng geschieden wissen will, scheint mir nur theoretische Bedeutung zu haben, weil die Differentialdiagnose bald nach der Geburt meist unmöglich ist.

Das Bild des bleichen Scheintodes der Neugeborenen, das gekennzeichnet ist durch Fehlen der Atmung, Blässe der Lippen und der Haut, Schlaffheit des Kopfes und der Gliedmaßen, Herabhängen des Unterkiefers, schwache und seltene Herzaktion, herabgesetzte, schon dem tastenden Finger fühlbare Temperatur in Mund und After, ist aber nicht nur der suffokatorischen Asphyxie eigentümlich. Verletzungen lebenswichtiger innerer Organe mit und ohne Blutung, Gehirnkompressionen, Blutungen innerhalb der Schädelhöhle und des Rückenmarkkanals können unter dem Bilde des bleichen Scheintodes auftreten. In allen diesen Fällen kann genau wie bei der Erstickung durch Verarmung an Sauerstoff das Atemzentrum gelähmt werden. Diese Zustände unmittelbar nach der Geburt zu erkennen, ist meist äußerst schwierig und oft ganz unmöglich.

Dies gilt ganz besonders für das Symptomenbild des Hirndrucks und der intrakraniellen Blutungen, deren Einzelerscheinung erst einige Zeit nach der Geburt hervorzutreten und meist erst nach ein bis zwei Tagen zur vollen Ausbildung zu kommen pflegen. Ja, das wichtigste Merkmal für die Erhöhung des Druckes innerhalb der Schädelhöhle, die Pulsverlangsamung, findet sich auch beim Scheintod infolge suffokatorischer Asphyxie. So kommt es, daß die Diagnose Hirndruck unmittelbar nach der Geburt kaum gestellt werden kann.

Zumeist ist man daher darauf angewiesen, aus dem Verlauf der Geburt vermutungsweise einen Schluß auf die Ursache der Asphyxie zu ziehen. Lange Geburtsdauer, starkes Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken bei vorzeitigem Fruchtwasserabfluß, operative Eingriffe mittels Zange und Wendung pflegen zwar das Auftreten des Hirndrucks und der inneren Verletzungen zu begünstigen, führen aber eben so oft zu Hemmungen im fötalen Gaswechsel und zur Gefahr der Erstickung. Auf der anderen Seite kommen selbst schwere Verletzungen des Kindes bei normalen Ent-

bindungen vor. Drucksteigerungen innerhalb der Schädelhöhle durch seröse Ergüsse, Blutansammlungen durch Zerreißen des Gehirnsinus, am häufigsten des Sinus longitudinalis, Schädelimpressionen, Zerreißungen der Knochennähte, ja sogar Schädelknochenfrakturen sind beschrieben worden.

So hat Hartmann in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen, Bd. 41, Heft 1, einen Fall von Fraktur des linken Stirnbeins, Zerreißung der Knochennähte, Verschiebung der Schädelknochen und Kompression der Medulla oblongata unter spontaner Geburt bei engem Becken veröffentlicht. Und Beneke hat Zerreißung des Tentoriums mit starken Blutungen und Kompressionen des verlängerten Rückenmarkes bei ganz normalen Geburten gesehen.[1]) (Münchener medizinische Wochenschrift 1911. Nr. 41.)

Man sieht also, daß auch die Kenntnis des Hergangs der Geburt nur einen unzuverlässigen Beitrag zur ätiologischen Erforschung der Asphyxie und zur Stellung der Diagnose liefert.

Die Verkennung schwerer, innerer Verletzungen des Neugeborenen, insbesondere aber die des erhöhten Hirndrucks und der intrakraniellen Blutungen muß um so verhängnisvoller werden, als diese Zustände durch Anwendung der Schultzeschen Schwingungen in unheilvollster Weise beeinflußt werden. Wenn man auch zweifellos zu weit darin gegangen ist, alle möglichen Organverletzungen des Fötus, wie Blutungen in den Bauchorganen, Risse der Leberkapsel, Blutergüsse in Gehirn und Rückenmark, in der Pleurahöhle, Verletzungen der Wirbelsäule, der Schädelknochen, der Schlüsselbeine und der Rippen, den Schultzeschen Schwingungen zur Last zu legen und viele Veröffentlichungen nach Seitz einer strengen Kritik nicht standhalten, so darf es doch anderseits als erwiesen gelten, daß in vielen Fällen, in denen die Asphyxie zwar durch die Schwingungen vorerst behoben worden ist, die Kinder aber in den nächsten Tagen unter den Erscheinungen des Hirndrucks zugrunde gehen, daß in diesen Fällen die Schultzeschen Schwingungen zwar infolge Reizung des Atemzentrums durch Sauerstoffzufuhr einen vorübergehenden Erfolg gebracht, aber am Ende doch den Tod herbeigeführt haben. Manch eines der Kinder würde bei Wahrung absoluter Ruhe die zerebralen Druckerscheinungen, ja selbst die Folgen der intrakraniellen Blutung überwunden haben, wenn nicht infolge Verkennung der Ursache der Asphyxie die Schultzeschen Schwingungen angewendet worden wären. In diesen Fällen müssen sie als ein unzweckmäßiges, ja sogar unheilvolles Verfahren bezeichnet werden, das geeignet ist, den Tod zu beschleunigen oder die Ursache seines späteren Eintritts zu werden.

Wohl jeder beschäftigte Geburtshelfer wird solchen Fällen öfter begegnen, wenn er es nicht verabsäumt, das an Asphyxie gestorbene Neugeborene der Sektion zu unterziehen. Ich selbst habe mehrere

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: In Nr. 1 des Zentralblattes für Gynäkologie 1912 beschreibt L. Seitz einen solchen Fall. Nach ihm beruhen die letalen Fälle von Spätasphyxie, wenn Lungenaffektion auszuschließen ist, meist auf Blutungen um die Medulla oblongata.

solcher Fälle zu verzeichnen. Mit seltener Deutlichkeit aber trat dieser Zusammenhang in einem vor 5 Jahren von mir beobachteten Falle hervor.

Es handelte sich um eine 32jährige Erstgebärende mit plattrachitischem Becken zweiten Grades (Conj. diag. 10 cm). Nach 48stündiger Wehentätigkeit wurde wegen Puls- und Temperatursteigerung der Mutter und wegen Beschleunigung der kindlichen Herztöne die Zunge am fest im Beckeneingang stehenden Kopf angelegt. Mit großer Kraftanstrengung wurde ein 9 Pfund schweres, tief asphyktisches Kind entwickelt. Die Haut und Schleimhäute des Kindes waren blaß, Kopf, Arme und Beine schlaff, Atmung fehlte, Herztätigkeit war stark verlangsamt. Nach Anwendung von Bädern, Übergießungen und Ausführung von Schultzeschen Schwingungen während 1/2 Stunde war die Wiederbelebung von Erfolg, Atmung und Herztätigkeit im Gange. Am Nachmittag, 3 Stunden nach der Geburt, wird auf dem Kissen des bis dahin schlafenden Kindes ein handtellergroßer Blutfleck entdeckt, welcher, wie sich feststellen läßt, von einer Blutung aus dem linken inneren Ohr herrührt. Diagnose: Schädelbasisfraktur. Therapie: Ruhe, Eisblase, Verbot der üblichen Bäder und Waschungen, Tamponade des Ohres. Am folgenden Tage ist die große Fontanelle stark gespannt, die Herztätigkeit verlangsamt, die Nackenmuskulatur ein wenig steif, das Kind ist unruhig und schreit häufig auf. Am nächsten Tage Nystagmus, klonisch-toxische Krämpfe in den rechtseitigen Extremitäten, später auch in den linken, Benommenheit, starke Beschleunigung und Unregelmäßigkeit der Herztätigkeit, Aussetzen der Atmung. Am vierten Tage Cheyne-Stokessches Atmen. Exitus. Sektion ergibt Schädelbasisfraktur: der Knochenbruch sitzt in der mittleren Schädelgrube, geht durch das linke Felsenbein, durch Paukenhöhle und Trommelfell. Ferner sind die Partes condyloideae von der Hinterhautschuppe abgesprengt. Starker Bluterguß der mittleren Schädelgrube mit Zerreißung der Dura mater, Kompression der linken Hirnhälfte.

In diesem Falle also ist es infolge des starken Mißverhältnisses zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken und der dadurch notwendig gewordenen Zangenoperation zu einem Bruch der Schädelbasis gekommen. Außer dieser vorangegangenen schwierigen Extraktion ist kein Hinweis auf eine innere Verletzung an dem tief asphyktischen Kinde zu beobachten gewesen. Insbesondere ist kein Sympton von Hirndruck oder gar irgendeine Herderscheinung seitens der dem Druck ausgesetzten Gehirnhälfte oder seitens der Nerven der Gehirnbasis zu sehen. Die zur Hebung der Asphyxie eingeleiteten Schultzeschen Schwingungen haben zwar zum Ziel geführt, aber zugleich infolge der mit ihnen verbundenen Erschütterungen des Kopfes den Knochenbruch mißhandelt, die Blutung verstärkt und so zweifellos die Katastrophe beschleunigt, wenn nicht gar herbeigeführt; es wäre zweckmäßiger gewesen, in diesem Falle die schonenderen Verfahren der Wiederbelebung zur Anwendung zu bringen. Und es läßt sich die Behauptung nicht zurückweisen, daß das Neugeborene den Schädelbruch und seine Folgen durch sachgemäße Behandlung überwunden hätte.

In der Unmöglichkeit der Erkennung dieser Zustände unmittelbar nach der Geburt scheint mir die stärkste Position Ahlfelds[1]) bei der Verteidigung seines abwartenden Verfahrens in der Behandlung des Scheintodes der Neugeborenen zu liegen. Ahlfeld verwirft nicht die Schultzeschen Schwingungen als unbrauchbar, sondern er bekämpft ihre Anwendung unmittelbar nach der Geburt. Mit Rücksicht

---

[1]) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 56 und 68.

auf die Zustände des Neugeborenen, welche nicht sofort erkannt werden können, erscheint eine längere Beobachtungszeit erforderlich. Ahlfeld läßt diese nicht etwa untätig vorübergehen, sondern benutzt sie zur Anwendung eines überwarmen Bades (38—40° C), Reinigung der Mundhöhle und Luftröhre und Anwendung von Hautreizen mannigfacher Art.

Diese Beobachtung im Wasserbade gestattet die Entscheidung, ob die Asphyxie schwer oder leicht ist und welche von den mannigfachen Ursachen der Asphyxie zugrunde liegt. Hat die Beobachtung im Wasserbade ergeben, daß man es mit einer tiefen suffokatorischen Asphyxie zu tun hat, so kommen als weitere Wiederbelebungsmittel eingreifendere Verfahren in Betracht: wie Aufhängen des Kindes an den Beinen, Schlagen auf Rücken und Gesäß, Frottieren der ganzen Körperoberfläche, Lufteinblasung und schließlich die Schultzeschen Schwingungen.

Freilich wird es auch dann noch Fälle genug geben, in denen die Zeit von 10 Minuten — so lange soll nach Ahlfeld die Beobachtung im Wasserbade dauern — zur Entwicklung der Symptome des Hirndrucks nicht genügt und in denen man nach Ablauf dieser Zeit mit den gröberen Wiederbelebungen, insbesondere mit den Schultzeschen Schwingungen, dasselbe Unheil anrichtet, als wenn man, wie Schultze es verlangt, sofort oder spätestens 1 Minute nach der Geburt mit ihnen begonnen hätte. Nach Seitz gehen 3—4% aller Neugeborenen suffokatorisch an den Folgen des Geburtstraumas zugrunde, darunter ein beträchtlicher Teil an Verletzungen des Schädels. Von den innerhalb des ersten Lebensmonats gestorbenen Kindern entfallen nach Snow 68,5% auf die erste Lebenswoche, und der größte Teil von ihnen geht an Schädelblutung zugrunde. Von den aus der Asphyxie erweckten und innerhalb der nächsten Tage gestorbenen Kindern geht gleichfalls der größere Teil durch intrakranielle Blutung zugrunde. Sicherlich sind in allen Fällen die künstlichen Atmungsmethoden und ihre verbreitetste, die Schwingungsmethode nach Schultze, zur Anwendung gekommen. Ihr Anteil an dem Tode der Neugeborenen ist zahlenmäßiger Berechnung kaum zugänglich. Bedenkt man aber, daß schon bei ganz normalen Geburten häufig kleinere und auch größere submeningeale Extravasate, ja, wie im Vorhergehenden bereits erwähnt, selbst Verletzungen der Schädelknochen, insbesondere oft Fissuren in der Spaltrichtung des Knochens mit Blutergüssen sich ereignen, so wird man nicht darüber hinwegkommen, daß diese an sich bedeutungslosen Vorkommnisse durch die gewaltsamen Schwingungsmethoden zu katastrophaler Wirkung gesteigert werden können.

Die Warnung Kehrers vor Schwingungen nach schweren Zangengeburten kann nicht laut genug wiederholt werden. Die sich häufenden Berichte über Verletzungen im Schädelinnern nach normalen Geburten lassen es angebracht erscheinen, diese Mahnung zur Vorsicht auch auf die spontanen Geburten auszudehnen. Trotz der autoritativen Forderung Schultzes, in schweren Fällen mit seinen Schwingungen spätestens eine Minute nach der Geburt zu beginnen, trotz des rigorosen Standpunktes, welchen Knapp im zweiten Bande

seiner hervorragenden Monographie über den Scheintod der Neugeborenen folgendermaßen formuliert: „Will man sich eines Versäumnisses nicht schuldig machen, so muß das Verfahren Schultzes in schweren Fällen von vornherein exakt und mit Ausdauer und Geduld geübt werden“, trotzdem, sage ich, wird der Praktiker mit dem Ahlfeldschen Modus besser fahren, indem er mit den leichteren Wiederbelebungsmethoden beginnt und im Falle ihrer Wirkungslosigkeit schrittweise zu den eingreifenderen übergeht. Von allen künstlichen Atmungsmethoden sind die Schultzeschen Schwingungen zweifellos die gewaltsamsten. Die große Zahl der Ersatzmethoden beweist, daß man mit ihnen nicht weniger als allgemein zufrieden ist. Die Thoraxkompression nach Prochownick, ferner die nach Ogata sind weit weniger eingreifend und führen oft noch zum Ziele, wenn die Schwingungen nutzlos ausgeführt sind. Ihre Kombination mit Lufteinblasungen in die Trachea, Herzmassage und Zungentraktionen nach Laborde sind von verschiedenen Seiten lebhaft empfohlen worden und leisten auch nach meiner Erfahrung vorzügliche Dienste.

Die Sauerstoffinfusion durch die Nabelvene und das von Hoerder 1909 veröffentlichte Verfahren der Wiederbelebung mit dem Überdruckapparat haben bisher eine umfangreiche Prüfung nicht erfahren und kommen wegen der Umständlichkeit für den Praktiker vorerst nicht in Betracht.

Sind schon die Schultzeschen Schwingungen in den Händen des Arztes wegen der Schwierigkeit der ätiologischen Differentialdiagnose der Asphyxie ein recht zweischneidiges Mittel, so gilt das naturgemäß für die Hebammen in weit höherem Grade. In allen Bundesstaaten des Deutschen Reiches besteht für die Hebammen die Verpflichtung, an asphyktischen Kindern Wiederbelebungsversuche zu machen. Die Unterlassung gilt als Fahrlässigkeit und ist unter Strafe gestellt. Als Wiederbelebungsmethode aber ist in den meisten Hebammenlehrbüchern das Schultzesche Schwingungsverfahren empfohlen, eingehend dargestellt und durch Abbilduugen erläutert. Wie viele von den als „totgeboren“ gemeldeten und wie viele von den in der ersten Woche zugrunde gegangenen Kindern mögen an dem Wiederbelebungsverfahren gestorben sein. **Grätzer.**

W. Lublinski (Berlin), Die lokale Mentholanwendung in der Nase und ihre Gefahr im frühen Kindesalter. (Berliner klin. Wochenschr. 1912. Nr. 6.) Bei jüngeren Kindern ist Vorsicht geboten; will man Menthol anwenden, dann nur das Koryfin in Salbenform, nicht stärker als 2%; bei Säuglingen und Kindern bis etwa 2 Jahren, namentlich solchen, die an Stimmritzenkrampf gelitten haben, ist es aber vollkommen unzulässig, da schwere Gefahr nach seiner Anwendung auftreten kann, wie L. aus eigener Anschauung erfahren habe.

Einem 11 monatigen kräftigen Baby aus gesunder Familie, das eines Schnupfens halber die Brust schlecht nahm, wurde von L. mittels Glasstabes eine kaum linsengroße Menge 2%igen Koryfinvaselins in den Eingang der rechten Nasenseite eingeführt und durch Fingerdruck leicht verteilt. Während L. den Glasstab säuberte, um auch die andere Seite zu beschicken, wird das Kind von typischem

Glottiskrampf befallen, das Gesicht wird zyanotisch, Apnoe stellt sich ein, die Augen verdrehen sich, kurz, das Äußerste war zu befürchten, zumal der Puls unfühlbar wurde. Unter künstlicher Atmung, heißem Schwammumschlag auf die Kehle kam das Kind endlich wieder zu sich, konnte aber nur wenig ergiebige Atemzüge machen, da sich inzwischen massenhafte Schleimabsonderung im Nasenrachen mit stertorösem Rasseln eingestellt hatte. Diese mußte durch den mit einem Tuch umwickelten Finger wiederholt entfernt werden, bevor die regelmäßige Atmung wieder in Gang zu bringen war. Der ganze Vorgang hatte nicht mehr denn $^1/_4$ Stunde gedauert, erschien aber wie eine Ewigkeit. Natürlich blieb die andere Nasenseite vor diesem „Heilmittel" bewahrt, das L. bisher harmlos erschien, weil er es schon vorher wiederholt bei kleinen Kindern ohne weiteren Zwischenfall angewandt hatte.

Es fragt sich, wie diese Anfälle zu erklären sind. Ein direkter Reiz des Kehlkopfes durch herabfließendes Öl ist auszuschließen, weil in den bisherigen Fällen kaum mehr als ein oder sehr wenige Tropfen verwandt wurden, die durch die geschwollene Nase doch nicht so schnell in den Kehlkopf gelangen können, um mit der allseitig erwähnten Plötzlichkeit einzuwirken. In manchen Fällen war auch Vaselin als Vehikel gebraucht, das erst recht nicht so schnell hinabgelangt. Es kann sich also nur um einen reflektorischen Vorgang handeln durch Reizung der nasalen Aeste des Trigeminus, welche bei akuter Entzündung der Schleimhaut leichter und schneller als sonst erfolgt. Ebenso findet die starke Absonderung im Nasenrachen in der Erregung der gefäßerweiternden Nerven durch denselben Reflex ihre Erklärung. Grätzer.

A. Dietsch, Leitsätze für Diphtheriebekämpfung. (Aus dem Untersuchungsamt für ansteckende Krankheiten Charlottenburg.) (Berliner klin. Wochenschr. 1912. Nr. 7.) D. führte u. a. folgendes aus:

„Wir müssen ausgehen von der Erkenntnis, daß die Diphtherie vorwiegend von Mensch zu Mensch übertragen wird, und zwar abgesehen von dem Erkrankten selbst durch Dauerausscheider oder Bazillenträger, d. h. Personen, die entweder erkrankt waren oder die, ohne selbst wesentlich zu erkranken, die Bazillen von Erkrankten aufgenommen haben. Dagegen kommt die Übertragung durch leblose Gegenstände nur wenig in Frage. Somit darf die Wirksamkeit einer Desinfektion von Wohnung und Inventar nicht überschätzt, vor allem nicht neben den leblosen Gegenständen, an denen Bazillen haften können, der gefährlicheren lebenden Infektionsträger vergessen werden.

Diphtheriebazillen finden sich nicht, wie früher geglaubt wurde, ubiquitär bei beliebigen Gesunden, sondern Bazillenträger stehen stets im Zusammenhang mit Diphtherieerkrankungen, und zwar überwiegen nach unseren Beobachtungen die Dauerausscheider wesentlich über die nicht erkrankten Bazillenträger im engeren Sinne. Eine Übertragung von ihnen aus erfolgt aber nicht bei flüchtigem Umgang, sondern nur in innigerem Verkehr. Der Ausbruch der Erkrankung ist nach erfolgter Bazillenaufnahme noch von Faktoren abhängig, die wir nicht völlig kennen.

Alle Maßregeln gegen die Diphtherie müssen auf die Verhinderung einer Verbreitung der Keime durch Bazillenträger hinstreben.

In diesem Sinne wirkt die gesetzlich geforderte Absonderung des Kranken, doch ist sie unvollkommen, wenn sie nicht durch bakteriologische Untersuchung kontrolliert wird. Der Genesene darf vielmehr erst dann wieder in den freien Verkehr entlassen werden, wenn er bei mindestens zweimaliger Untersuchung frei von Bazillen befunden ist. Ebenso darf Pflegepersonal nur nach bakteriologischer Kontrolle wieder zu anderer Tätigkeit zugelassen werden.

Gesetzlich erzwungen kann in der allgemeinen Praxis eine solche Überwachung noch nicht werden, aber es erscheint Pflicht der Ärzte, im Zusammenarbeiten mit den Untersuchungsämtern darauf hinzuwirken. Unsere Erfahrung zeigt, daß erfreulicherweise das Verständnis für diese Nachuntersuchungen auch im Publikum immer mehr zunimmt. Allzu groß ist in der Mehrzahl der Fälle das Opfer, das durch diese Untersuchungen verlangt wird, nicht, denn die Statistiken zeigen, daß nach 30 Tagen bereits 85 % aller Erkrankten bazillenfrei sind, nach 60 Tagen 98 %, so daß also nur vereinzelte hartnäckige Dauerausscheider größere Anforderungen an die Geduld stellen.

Hierbei sei darauf hingewiesen, daß die Entnahme des Materials zu diesen Untersuchungen sowie die Behandlung der Dauerausscheider sehr wohl vollwertige Zweige ärztlicher Tätigkeit bilden; denn die Entnahme muß in gründlichem Auswischen des Rachens oder der Nase bestehen und die Behandlung hat von einer sorgfältigen Lokalinspektion auszugehen. Wenn uns auch ein einigermaßen zuverlässig wirkendes Mittel gegen die Bazillen fehlt, vor allem, wie nochmals betont sei, das Heilserum gänzlich machtlos ist, so können doch ein verdächtiger Schnupfen, zerklüftete Tonsillen oder Pfröpfe in ihnen, ja kariöse Zähne den Weg zu aktivem Eingreifen weisen. Am besten hat sich nach uns zugegangenen Berichten noch die Behandlung mit 1 % Ammonium carbonicum und Wasserstoffsuperoxyd bewährt.

Die Behandlung der Bazillenträger ist der vornehmste Punkt, dem sich alle Aufmerksamkeit der medizinischen Forschung zuwenden sollte. Eine Krankenhausbehandlung ist meist nicht möglich und angängig und die häusliche Isolierung ist auf die Dauer kaum durchführbar. Es wird aber vielleicht auch zu erwägen sein, ob durch besondere Fürsorge, wie sie in den großen Städten auf anderen Gebieten geübt wird, die Isolierung der Infektionsträger erleichtert und weniger einschneidend gemacht werden könnte, als sie jetzt in den Fällen hartnäckiger Bazillenausscheidung ist.

Nur in einem Falle sind wir in der Lage, auf die Fernhaltung und Behandlung der Bazillenträger energischer einzuwirken, bei der Diphtheriebekämpfung in den Schulen. Die Schulbehörden haben nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, alle Maßnahmen zu treffen, die der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schule entgegenwirken. Aber außer der Familie und dem häuslichen Verkehr ist es die Schule, die besonders günstige Bedingungen für die Weiterverbreitung der Diphtherie bietet. Eine Hausinfektion kann durch Dauerausscheider zur Schulepidemie führen.

Es ist die Erkenntnis wichtig, daß es echte Schulepidemien gibt, nicht nur Schulkindepidemien, deren Quelle Haus, Familie und Straßenverkehr sind. Davon haben wir lehrreiche Beispiele kennen gelernt. Gegen die Ausbreitung in der Schule wenden sich daher folgende Bestimmungen der Charlottenburger Schulverwaltung:

‚Kinder, die an Diphtherie erkrankt waren, dürfen erst dann wieder zum Unterricht zugelassen werden, wenn sie bei zweimaliger Untersuchung frei von Bazillen sind. Dasselbe gilt von Geschwistern erkrankter Kinder oder anderen im Schuldienst tätigen Familienmitgliedern.

Die Entnahme der Proben, die dem Untersuchungsamt zu übersenden sind, erfolgt, wenn nicht durch den behandelnden Arzt, kostenlos durch den Stadtarzt.

Kommen in einer Schule oder in irgendeiner Anstalt Häufungen von Diphtheriefällen vor, so ist durch methodische Untersuchungen auf die Anwesenheit von Bazillenträgern zu fahnden und deren Ausschließung vom Unterricht zu veranlassen.

Eine Schließung der Klasse oder Schule erfolgt nur aus schultechnischen Gründen oder zur Desinfektion, und auch diese wird auf das unbedingt erforderliche Maß beschränkt.‘

Daß diese Maßnahmen etwas erreichten, haben uns zahlreiche Beobachtungen dieses und des letzten Winters gezeigt. Es ließ sich in Charlottenburg vermeiden, eine Schulklasse wegen Diphtherie zu schließen, und Klassen, in denen Häufungen auftraten, blieben nach Ausschaltung der Bazillenträger von weiteren Erkrankungen verschont.

Die konsequente Durchführung der Fernhaltung von dem Unterricht stößt auf Schwierigkeiten bei sehr langer Dauer der Bazillenausscheidung. Es handelt sich ja nur um vereinzelte Fälle, und so wurde versucht, nach mehr als zweimonatlicher Schulversäumnis Ausnahmen zuzulassen unter der Voraussetzung genügender hygienischer Erziehung und weiterer Kontrolle. Hier würde die oben erwähnte Fürsorge eintreten können.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß eine wirksame Diphtheriebekämpfung nicht allein durch Absperrung der Kranken und ihrer Angehörigen, durch schematische Karenzzeit, Schulschließung und Desinfektion zu erreichen ist, sondern nur durch Zuziehung der bakteriologischen Kontrolle.

So ist die Diphtheriebekämpfung eine Aufgabe, die nur durch gemeinsame Arbeit der behandelnden Ärzte, der Untersuchungsämter und der Behörden gelöst werden kann.

In der sicheren Feststellung der Quellen der Infektion ist allein die Möglichkeit wirksamer Vergütung gegeben.“ Grätzer.

L. Neufeld, Ozaena, chronische Diphtherie und Rachendiphtheroid. (Aus dem Kgl. Hygien. Institut in Posen.) (Berliner klin. Wochenschr. 1912. Nr. 9.) Aus seinen bei Ozaena gemachten bakteriologischen Untersuchungen möchte N. folgende Schlüsse ziehen:

Für die Frühdiagnose der Diphtherie auf bakteriologischem Wege ändert sich durch diese Befunde nichts. Im zweifelhaften Falle müssen wir uns doch entschließen, das Heilserum anzuwenden, und

trotz meiner Befunde halte ich die Neissersche Färbungsmethode für ein wertvolles Hilfsmittel für die Frühdiagnose. Anders jedoch liegen die Verhältnisse für die sogenannten Bazillenträger. Hier halte ich es, namentlich wenn der positive Befund längere Zeit anhält, für durchaus empfehlenswert, den strikten Nachweis zu verlangen, daß die gefundenen Bazillen auch wirklich Diphtheriebazillen sind. Es kommt durch unsere polizeilichen Bestimmungen häufig vor, daß Kinder für viele Monate von der Schule ferngehalten werden, weil sie Bazillenträger sind. Über die Familien, zu denen die Kinder gehören, wird meist die übliche Quarantäne verhängt. Für diese Fälle glaube ich, daß die von Weston und Kolmer bereits gestellte Forderung erhoben werden muß, daß die Diphtherienatur durch Tierversuch und Antitoxinkontrolle bewiesen wird. Für die Sammelforschung in der Ozaenafrage sind diese Untersuchungen wohl auch nicht ohne Bedeutung. **Grätzer.**

A. Czerny (Straßburg), Über Desodorierung von Exkrementen im Krankenzimmer. (Berliner klin. Wochenschr. 1912. Nr. 10.) Versuche ergaben, daß wir im Antiformin ein ausgezeichnetes Hilfsmittel besitzen, um die Fäzes von Kranken zu desodorieren. Am eklatantesten ist der Erfolg bei dünnflüssigen oder breiigen Stuhlentleerungen zu demonstrieren. Bringt man in die Leibschüssel oder in den Nachttopf vor dem Gebrauch ca. 50 ccm einer 10%igen Antiforminlösung, so vermengen sich die Fäzes derart mit der Lösung, daß überhaupt keinerlei Geruch nach Fäkalien, sondern nur ein ganz schwacher nach Chlor wahrnehmbar ist. Handelt es sich um feste Fäzes, so ist der Effekt nicht so eklatant, weil dieselben über die Oberfläche der Antiforminlösung hinausragen. Es ist aber nahezu eine momentane Desodorierung zu erreichen, wenn solche Fäzes mit 10%iger Antiforminlösung übergossen werden. Versuche mit verschieden konzentrierten Lösungen haben ergeben, daß eine 10%ige Lösung ausreicht, um in jedem Falle eine augenblicklich desodorierende Wirkung zu erreichen.

Noch in einer anderen Beziehung hat sich das Antiformin brauchbar erwiesen. Bei Kindern, welche wegen Somnolenz oder mangelhafter geistiger Entwicklung Urin und Fäzes dauernd ins Bett entleeren, ist man genötigt, zum Schutze der Matratzen Unterlagen aus Kautschuk oder aus anderem wasserdichtem Ersatzmaterial zu verwenden. Diese Unterlagen weisen nach kurzer Zeit auch bei sorgfältiger Krankenpflege einen sehr üblen Geruch auf. Durch Eintauchen in eine 5%ige Antiforminlösung für einen Augenblick, ja sogar durch das einfache Abwaschen mit einer solchen Lösung lassen sich die Unterlagen leicht desodorieren, ohne daß sie selbst dadurch angegriffen werden.

Der Vorteil der Desodorierung macht sich nicht nur als eine Annehmlichkeit für den Kranken, für das Pflegepersonal und den Arzt geltend, sondern hat noch eine weitergehende Bedeutung für Krankenhäuser, welche nicht fliegenfrei sind. Um die Fliegenplage zu beseitigen, genügt es nicht allein, die Fliegen selbst zu verfolgen, sondern es muß auch alles ausgeschaltet werden, was die Fliegen

anzieht, und dazu gehört vor allem der Geruch der Exkremente und der Bettunterlagen.

Wir müssen also in der Desodorierung mit Antiformin einen wesentlichen Fortschritt in der Krankenpflege erblicken. Dabei macht sich angenehm bemerkbar, daß der niedrige Preis des Antiformins seiner Verwendung kein Hindernis setzt und die desinfizierenden Eigenschaften desselben seinen Wert noch erhöhen.

Grätzer.

Rheindorf, Beitrag zur Frage der Bedeutung der Oxyuren bei der Wurmfortsatzentzündung der Kinder. (Aus der pathologisch-anatomischen Abteilung des St. Hedwig-Krankenhauses zu Berlin.) (Berliner klin. Wochenschr. 1912. Nr. 10 u. 11.) Bei der Untersuchung von 13 Wurmfortsätzen, die sämtlich von Kindern im Alter von 3—12 Jahren stammten und die an akuter Wurmfortsatzentzündung erkrankt waren, konnte R. in sechs Fällen, d. i. in 47,6%, Oxyuren in der Appendix nachweisen. Dieser immerhin etwas auffallende Befund veranlaßte ihn, auf die alte, immer noch strittige Frage der Beziehung der Oxyuren zur Wurmfortsatzentzündung, und zwar speziell beim Kinde, etwas näher einzugehen. Da bei drei von den untersuchten Wurmfortsätzen aus äußeren Gründen nicht besonders nach Oxyuren gesucht wurde, so erhöhte sich der Prozentsatz eigentlich auf 62.

Daß R. verallgemeinernd die Appendizitis der Kinder nicht als Wurmappendizitis deuten will, braucht man wohl nicht besonders hervorzuheben. Wir müssen eben nicht nach der, sondern nach den Ursachen der Appendizitis suchen. Aber daß bei ihr die Helminthen möglicherweise eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen können, dafür spricht das von R. vorgebrachte Tatsachenmaterial und fordert direkt dazu auf, diese Frage auch weiter noch einer kritischen Prüfung zu unterziehen. Möglicherweise sind es besonders die äußerlich wenig veränderten Wurmfortsätze, in denen häufig Oxyuren gefunden werden.

Es wird das vielleicht auch das Gute haben, daß man den Oxyuren eine größere Beachtung in der Praxis zukommen läßt. R. hat nämlich den Eindruck, daß das nicht überall in der nötigen Weise geschieht.

Grätzer.

A. Hofmann (Offenburg), Über die Pinselung des Bauchfelles mit Jodtinktur bei der tuberkulösen Peritonitis. (Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 10.) Ausgehend vom Tierexperiment und den Beobachtungen wegen tuberkulöser Peritonitis Laparotomierter hat H. es unternommen, bei der tuberkulösen Peritonitis eine ausgiebige Bepinselung des parietalen und viszeralen Blattes des Peritoneums vorzunehmen und ist zu der Überzeugung gelangt, daß gemäß der raschen Aufeinanderfolge der Wirkungen des Jods auch die Dauer der Ausheilung eine bedeutend kürzere ist. H. verfügt zurzeit über vier Fälle.

Betrachtet man diese vier mit Jodpinselung behandelten Fälle von Bauchfelltuberkulose, so müssen zwei Tatsachen auffallen: Erstens eine gewisse Regelmäßigkeit des Verlaufs der Jodreaktion

und zweitens die rasche Heilung. Sämtliche Fälle sind nachuntersucht und als geheilt zu betrachten. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 4 Wochen. Was den ersten Punkt anlangt, so trat mit einer gewissen Regelmäßigkeit innerhalb der ersten 48 Stunden eine chemotaktische Peritonitis auf, ohne Fieber und ohne jede stärkere Windverhaltung, als wie wir sie bei jeder Laparotomie sonst erleben. Diese Reizerscheinungen klingen rasch wieder ab und machen bald, wenn man so sagen darf, einem indolenten Stadium Platz.

Was den zweiten Punkt anlangt, die rasche Heilung, so schien dieser der auffallendste Effekt an dem Eingriff zu sein. Man ist es doch gewohnt, nach einfachen Laparotomien, falls eine Heilung eintritt, Monate vergehen zu sehen. Bei den von H. beobachteten Fällen waren es einige Wochen.

Einen schädlichen Einfluß des Jods konnte H. nicht registrieren. Es müßte noch eine größere Beobachtungsreihe zu Gebote stehen, um zu einem abschließenden Urteil zu gelangen. Immerhin muß gesagt werden, daß die vier angeführten Fälle zu weiteren Versuchen aufmuntern, und H. seinerseits wird auch kein Bedenken tragen, bei der tuberkulösen Peritonitis die Bauchhöhle mit Jod zu beschicken.

Grätzer.

Klara Kennerknecht, Über die Behandlung der Spina ventosa mit Pyrogallolsalbe. (Aus dem Hamburgischen Seehospital Nordheimstiftung.) (Ebenda.) Die ausgezeichneten Resultate der Lupusbehandlung mit Pyrogallolsalbe brachten darauf, auch bei der Spina ventosa einen Versuch mit Pyrogallol zu machen, zumal schon von anderer Seite Pyrogallolinjektionen zur Heilung tuberkulöser Fisteln warm empfohlen wurden. Die seit 4 Jahren geübte Methode, deren Anwendung denkbar einfach ist, hat nun so vorzügliche Resultate geliefert, daß K. über mehrere Fälle des Seehospitals, in dem vorzugsweise an chirurgischer Tuberkulose erkrankte Kinder zur Aufnahme gelangen, berichtet, bei denen die tuberkulöse Ostitis der kurzen Röhrenknochen durch Behandlung mit Pyrogallolsalbe zur vollständigen Ausheilung kam. Es waren dies nicht etwa ganz beginnende Prozesse, für deren Heilung man nur allgemein roborierende und klimatische Einflüsse verantwortlich machen könnte, sondern meist solche, die schon länger bestanden und zu eitriger Einschmelzung und Fistelbildung geführt hatten. Die erkrankten Glieder wurden täglich $^1/_2$ Stunde lang in Seifenwasser gebadet und dann mit Pyrogallolsalbe verbunden, zunächst mit $10^0/_0$iger, dann bei leichter Hautreizung mit $5^0/_0$iger, und diese wurde schließlich durch $2^0/_0$ige Salbe ersetzt.

Zuweilen kam es zur spontanen Ausstoßung kleiner Sequester. Ein frühzeitiges operatives Vorgehen zum Zwecke der etwa im Röntgenbild festgestellten Sequester ist aber unter allen Umständen zu vermeiden. K. hat in einer Anzahl von Beobachtungen festellen können, daß im Röntgenbild erscheinende Sequester unter der Pyrogallolbehandlung völlig resorbiert werden. Seitdem man diesen absolut konservativen Standpunkt der Spina ventosa gegenüber ein-

nahm, sind die Resultate in allen Fällen einer Restitutio ad integrum gleich zu achten.

Die Heilung der tuberkulösen Prozesse auf dem angegebenen konservativen Wege nimmt immer längere Zeit in Anspruch, schon bei weniger fortgeschrittenen 3—4 Monate, während die Behandlung der mit Fistelbildung einhergehenden Fälle 1 Jahr und länger dauert. Wenn man aber die guten kosmetischen und funktionellen Resultate beobachtet — die Finger erhalten ihren früheren Umfang und ihre volle Beweglichkeit wieder, das Wachstum bleibt ungestört — so wird man die Geduld erheischende konservative Therapie der operativen bei weitem vorziehen müssen. Grätzer.

E. Koerber, Über die Eukalyptusbehandlung des Scharlachs. (Aus dem Medizinalamt Hamburg und dem Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.) (Ebenda.) Die Resultate der von Milne so empfohlenen Behandlung waren durchaus unsicher. Grätzer.

O. Ebert (Kassel), Nierensteine im Kindesalter. (Medizin. Klinik 1912. Nr. 10.) Fall bei einem 6jährigen Knaben. Grätzer.

P. Israel (Berlin), Schwere Asphyxie eines Säuglings bei Reposition eines Nabelbruchs. (Ebenda.) I. wurde zu einem 3 Monate alten Säugling gerufen, der einen zirka walnußgroßen Nabelbruch hatte. I. reponierte und legte über die Hautfalte einen breiten Leukoplaststreifen und darüber einen zweiten.

Plötzlich hörte das kräftige Kind, das vorher und eben noch heftig geschrien hatte, zu atmen auf, wurde blau, kalt, entleerte Kot und Urin und schien tot.

Einige Sekunden sah I. abwartend zu; als das Kind sich aber nicht erholte, versuchte er es durch einige Schläge und Anspritzen mit kaltem Wasser zu beleben, ohne Erfolg.

Erst nach mehr als 10 Minuten lang fortgesetzter künstlicher Atmung mit Herausziehen der Zunge gelang es, einige Atemzüge auszulösen, die aber bald aufhörten.

Da das Herz arbeitete, setzte I. seine Bemühungen fort, die endlich von Erfolg gekrönt waren, das Kind schrie wieder und erholte sich in einem warmen Bad allmählich völlig.

Völlig erklärlich in seiner Ursache ist I. der Hergang jetzt noch nicht, er könnte wohl an den Goltzschen Klopfversuch erinnern, wobei allerdings auffällig ist, daß I. den Bruch, als das Kind sich völlig wieder erholt hatte, ohne jede Störung reponieren konnte, allerdings legte er den Heftpflasterstreifen nicht darüber. Grätzer.

A. Stieda und **P. Zander,** Der Chloräthylrausch und seine Bedeutung für die Praxis. (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik in Halle.) (Medizin. Klinik 1912. Nr. 12.) Da seit dem April 1911 ein großer Teil der kleineren Operationen mittels Chloräthylrausches ausgeführt wurde, so verfügen Verff. jetzt über eine Erfahrung von weit über 1000 Narkosen. Es handelte sich

stets nur um die Erzeugung eines Rauschzustandes. Das scheint gerade der wesentlichste und unterscheidende und die Gefahrlosigkeit garantierende Punkt zu sein. Da man es nicht zum Stadium excitationis oder gar zu dem eines tiefen Schlafes kommen läßt, so haben Verff. ein Auftreten einer Blutdrucksenkung kaum je beobachtet, von üblen Zufällen ganz zu schweigen. Es darf eben von diesem Mittel nur so viel gegeben werden, daß ein Stadium analgeticum erzielt wird. Daß Bewußtsein soll wenig oder gar nicht geschwunden sein. Daß darin natürlich auch eine enge Umgrenzung im Anwendungsgebiet gegeben ist, ist leicht erkennbar.

Versuchsweise haben Verff. in letzter Zeit eine Art prolongierten Rauschzustandes herbeizuführen gesucht. Es ergab sich dieses zwanglos bei einigen Fällen, in denen es sich zeigte, daß der Eingriff größer ausfiel und länger dauerte, als man zunächst vermutet hatte. Es gelang dann leicht, beim Wiedereintritt der Schmerzempfindung durch erneutes Darreichen weniger Tropfen den Rauschzustand weiter auszudehnen. Ermutigt durch die guten Resultate, haben Verff. diesen prolongierten Rausch gelegentlich auch von vornherein beabsichtigt ausgeführt; selbstverständlich bei strengster Beobachtung des Patienten und Vermeiden des Eintritts von tiefem Schlaf. Immerhin handelt es sich dabei aber nur um Eingriffe, die verhältnismäßig kurze Zeit in Anspruch nahmen, so z. B. um eine Tracheotomie, Sekundärnaht und Ähnliches. Weitere Erfahrungen müssen mit diesem prolongierten Rausch aber noch gesammelt werden.

Die Technik gestaltet sich demnach bei uns etwa folgendermaßen:

Der Patient liegt auf dem Operationstisch oder — da sich der Chloräthylrausch auch im Sitzen ebenso leicht und gefahrlos anwenden läßt — der Patient sitzt mit nach hinten angelehntem Oberkörper und etwas nach rückwärts gebeugtem Kopfe auf einem Stuhl. Über Mund und Nase legt man ein paar Lagen lockeren Verbandmulls. Die Augen werden selbstverständlich davor geschützt, daß etwa ein Tropfen des Chloräthyls hineinkommen könnte. Der Patient atmet nun ruhig nur mit der Nase ein, was man, wenn nötig, durch Zuhalten des Mundes mittels der die Tupfer haltenden Hand leicht erreichen kann. Nun träufelt man in nicht zu rascher Tropfenfolge (zirka 10 bis 20 Tropfen in 10 Sekunden) aus den Chloräthyltuben das Mittel auf die Gaze in der Gegend der Nasenöffnung. Vermeiden muß man die Nähe einer offenen Flamme beziehungsweise Thermokauters oder dergleichen, da sonst Explosionen eintreten können. Die aus der Fabrik gelieferten Choräthyltuben, wie sie zur Applikation des Mittels in Form des Sprays benutzt werden, eignen sich auch zur Anwendung bei der Inhalation. Das tropfenförmige Ausfließen aus dem Glase wird erreicht, indem man den Hebelverschluß nur so weit öffnet, daß der herauskommende Strahl gegen denselben spritzt und dann in Form eines Tropfens herabfällt. Die tropfenförmige Anwendung empfiehlt sich, da sie besser die Dosierung kontrollieren läßt, als die Anwendung des Sprays. Auch kann keine Erfrierung der Gesichtshaut erfolgen. Man kommt in der Regel mit 20 bis 40 Tropfen bei Kindern und Frauen, mit 40 bis 60 bis 80 Tropfen bei Männern aus. Von letzterer Ziffer müssen Potatoren ausgeschlossen sein.

Es besteht von seiten des Arztes anfangs immer wieder die Neigung, mehr Chloräthyl zu verbrauchen, als unbedingt nötig ist. Man muß sich immer wieder daran erinnern, daß wir keine Narkose erzeugen wollen, sondern nur einen Zustand der Schmerzlosigkeit. Das dabei vorhandene Bewußtsein macht anfangs den Arzt mißtrauisch bezüglich der Erzielung einer wirklichen Analgesie. Eine Kontrolle des Pulses und der Pupille erscheint überflüssig. Es genügt, den Grad der Wir-

kung durch Fragen festzustellen, oder durch Irritation der Haut (z. B. Kneifen und dergleichen). Zumeist kann man den Chloräthylrausch in Form einer Unterhaltungsnarkose ausführen; der Kranke antwortet auf die an ihn gestellten Fragen, und aus der schnellen oder langsamen, klar oder unklar erfolgenden Antwort erkennt man unschwer den Zeitpunkt, in welchem kein deutliches Empfinden mehr zu bestehen scheint. Hat man einen Gehilfen zur Verfügung, so kann man demselben getrost das Aufträufeln überlassen. Ist man jedoch allein, und handelt es sich um einen operativen Eingriff, der Asepsis voraussetzt, so kann man beim Eintritt der selbst hervorgerufenen Analgesie noch schnell sterile Gummihandschuhe anziehen, oder man leitet die Narkose in sterilen Zwirnhandschuhen ein und streift dieselben vor dem operativen Eingriff von den desinfizierten Händen ab. Grätzer.

Hans Müller, Seltene Komplikationen durch ein Meckelsches Divertikel. (Aus dem evang. Krankenhaus Werden-Ruhr.) (Ebenda.) Das Meckelsche Divertikel findet sich auf Grund statistischer Berechnungen in ca. 2% aller darauf untersuchten Leichen. Klinische Komplikationen für den Träger sind eine Seltenheit und bereiten dem Arzt große diagnostische Schwierigkeiten. Meist können nur allgemeine Diagnosen wie Ileus oder Inkarzeration gestellt werden oder es kommen Verwechslungen mit Appendizitis vor. Ein völlig unklares Bild bot der folgende Fall. Selbst eine Operation vermochte den Sachverhalt nicht zu klären. Der bloße Gedanke an ein Meckelsches Divertikel hätte aber bei der Operation andere Wege gehen lassen und dem Patienten möglicherweise das Leben erhalten. Schon aus diesem Grunde möchte M. den Fall, der in jeder Beziehung Interessantes bietet, bekanntgeben.

Der 12jährige W. B. erkrankte in der Nacht vom 4./5. Juli 1911 ganz akut mit heftigen Schmerzen im Leib, die er mit Messerstichen verglich. Kurz darauf erfolgte auch einmaliges Erbrechen. Den Tag zuvor hatte er sich an Stachelbeeren gütlich getan, jedoch ohne Folgen digestiver Störung. Die Schmerzen hielten mit wechselnder Intensität auch die nächsten Tage an. Am 5. Juli bestand sehr starker Stuhldrang; ob Darmentleerungen auch wirklich erfolgten, ist nicht festgestellt. Am 6. Juli hatte der Junge bei erneuten heftigen Schmerzen galliges Erbrechen. Daraufhin ließen die Eltern M. rufen.

M. fand das Aussehen des Patienten matt. Die Temperatur betrug im After 38,6 bei einem Puls von 90—100. Der Leib war nicht aufgetrieben. Das Rovsingsche Symptom fehlte. Der rechte Rektus war nicht ausgesprochen resistent, aber gespannter als links. Druckempfindlichkeit bestand über dem ganzen unteren Abdomen, am intensivsten jedoch in der Ileozoekalgegend. Eine Resistenz in der Tiefe war nicht fühlbar.

M. diagnostizierte akute Appendizitis mit peritonitischen Reizerscheinungen und veranlaßte zwecks Ausführung der Frühoperation die sofortige Überführung in das Krankenhaus.

6. Juli. Operation in Chloroformnarkose nach Morphiuminjektion 0,01. Lennanderschnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums flossen zirka 50 ccm getrübter, sanguinolenter Flüssigkeit ab. Die dünnen Darmschlingen drängten stark vor und waren injiziert. Nachträglich

scheint es M. auch, daß sie stärker gebläht waren. Abstopfung des Peritoneums. Der leicht aufzufindende Wurmfortsatz war auffallend lang, aber völlig gesund. Der Versuch, das Ileum vom Zoekum aus vorzuziehen, mißlang. Die Appendektomie geschah mehr aus Verlegenheit und um Zeit zum Überlegen zu gewinnen. Bei dem Fehlen von Verklebungen nach der freien Peritonealhöhle wurde jedoch in der Annahme eines Entzündungsherdes von weiteren Eingriffen Abstand genommen, um den lokalen Herd nicht etwa zu generalisieren. Die Darmschlingen, die infolge der unbekannten Adhäsion diesen Herd umschließen mußten, wurden abgestopft, ein umwickeltes Drain in die Tiefe geführt und der Schnitt durch einige durchgreifende Nähte verkleinert. Die Operation konnte natürlich eine Befriedigung nicht bieten.

Am folgenden Tage ging die Temperatur zur Norm herunter, der Puls stieg auf 120—130. Die Schmerzen bestanden nach wie vor in wechselndem Grade, zeitweilen auch stärkere Unruhe bei stets klarem Sensorium. So hielt der Zustand bis zum dritten Tage an. Die Verordnungen waren rein symptomatisch: Einlegen eines Darmrohres, vorsichtiges Klistier, das jedoch klar abfloß. Daneben Kampfer und Morphium je nach Befinden und Bedarf. Am Abend des 9. Juli wurde M. gerufen, da wieder Erbrechen erfolgt war und der Leib sich stark aufblähte. Im Befangensein seiner ursprüglichen Annahme vermutete M. den erfolgten Durchbruch des Entzündungsherdes mit konsekutiver diffuser Peritonitis.

Ein kleiner Schnitt unterhalb des Nabels zeigt jedoch spiegelnde Serosa, die Därme aber gebläht und blau verfärbt. Der Schnitt wurde als probatorischer in der Medianlinie nach oben verlängert, die Därme eventriert und aboral verfolgt, bis M. an die Tampons kam. Er vermutete nun Ileus infolge Strangulierung durch einen Tampon und entfernte diese vom ersten Operationsschnitt. Aber auch jetzt schien der Darm fixiert. Erst nach etwas stärkerem Zug lockerte sich aus einer Nische eine Schlinge, und plötzlich zeigte sich ein zirka pfennigstückgroßer, runder Defekt im Darm, aus dem unter starkem Druck dickbreiiger Kot sich entleerte. Bei dem desolaten Zustande blieb nur übrig, die Stelle in der Tiefe abzustopfen und mit der Möglichkeit einer Darmfistel zu rechnen. Der Exitus erfolgte jedoch zirka 3 Stunden später.

Die am folgenden Tage schon bei starker Zersetzung vorgenommene Autopsie brachte erst die Aufklärung. Zirka 40 cm oberhalb des Zoekums befand sich der genannte Defekt etwa gegenüber der Ansatzstelle des Mesenteriums. Am Mesenterium, das hier eine geringe Breite aufwies, hing an einem zirka 3 cm langen, derben Strang ein sackartiges Gebilde von zirka 5 cm Länge, das an seiner offenen Basis genau die Lichtweite des Dünndarmdefektes aufwies. Der Strang heftete sich nahe der Basis an und war deutlich torquiert. Die Ränder der Öffnung des Sackes, des Meckelschen Divertikels, zeigten deutlich Gangrän, und zwar breiter und älter an der Zirkumferenz, die der oral gelegenen Peripherie des korrespondierenden Darmdefektes entsprachen — die Stelle des stärksten Drucks —, während sie distal mehr glatt durchschnitten erschienen.

Epikritisch ist daraufhin der Krankheitsverlauf leicht zu rekonstruieren: Das erste Symptom des akut auftretenden Schmerzes mit Erbrechen bedeutete nichts anderes als den Einklemmungsschock im Moment, in dem das Divertikel in die Pforte zwischen Mesenterium, Strang und Dünndarm — vielleicht infolge stärkerer Peristaltik — eingepreßt wurde. Durch die Inkarzeration kam es zu einer hämorrhagischen Transsudation, die bei der Operation nachgewiesen wurde. Das Transsudat wurde übrigens, steril entnommen, dem Bakteriologischen Institut in Essen zur Untersuchung übersandt und steril befunden. Der wenig stürmische Verlauf stimmt völlig überein mit den Erscheinungen eines Darmwandbruches, bei dem die Symptome des Darmverschlusses weniger ausgesprochen sind. Am 9. Juli erfolgte unter starken peristaltischen Bemühungen die Einzwängung des Dünndarms und damit der komplette Strangulationsileus mit rascher Gasstauung und Auftreibung des Leibes. Je weiter nun der Darm nachrückte, um so stärker wurde natürlich auch die Strangulierung am Halse des Divertikels, bis schließlich der Effekt der spontanen Resektion durch leichten Zug am Dünndarm manifest wurde.

Bei Unterlassung der zweiten Operation hätte möglicherweise eine Heilung erfolgen können, indem nach Trennung des Divertikels auch die strangulierte Darmschlinge frei geworden wäre. Bei der als zweckmäßig befundenen Abstopfung mit schon erfolgten peritonealen Verklebungen hätte die Darmöffnung in direkter Verbindung mit der Operationswunde gestanden und eine Kotfistel sich bilden können.

Die Krankengeschichte bringt nur die alte gute Lehre erneut in Erinnerung: Exakt die Vorgeschichte prüfen, aus den Symptomen unbefangen und objektiv Schlüsse ziehen, bei Unklarheiten lieber einen größeren Eingriff wagen, als unbefriedigt die Instrumente beiseite legen! **Grätzer.**

E. Schlesinger, Die Trinkerkinder unter den schwachbegabten Schulkindern. (Ebenda.) Bei einem Material von annähernd 200 schwachbegabten Schulkindern bekam S. in 30 % Trunksucht der Eltern in größerem oder kleinerem Maße zugestanden.

Wie tief die Degeneration unter den Trinkerkindern geht, gibt sich weiterhin kund in der Konstitution. Nur 33 % von ihnen waren gut, 57 % mäßig, 9 % mangelhaft und schlecht entwickelt; von den schwachbegabten Schulkindern aus ebenso armen, aber nüchternen Familien waren 50 % gut genährt und gut gebaut, 36 % in leidlicher und freilich annähernd ebenso viele wie oben, 8 %, in mangelhafter Verfassung. In denselben Altersstufen der Elementarschulen fand S. 58 % gut konstituierte, 40 % mittelmäßige und nur 2 % schlecht entwickelte Kinder.

Vor allem aber liegen die Eigentümlichkeiten der Trinkerkinder im Verhalten ihres Zentralnervensystems. Hier zeigt sich die Wirkung des vererbten, angeborenen Alkoholismus am häufigsten, am intensivsten und am verderblichsten. Zunächst die motorische Seite:

Mehr als die Hälfte dieser Kinder litt im ersten Jahr an Krämpfen, zum mindesten an krampfartigen Zuständen, wobei es sich um Tetanie oder Spasmophilie gehandelt haben dürfte; später waren beständige oder vorübergehende Erregungszustände häufig, Unruhe, Zittern, Grimassenschneiden, Gestikulieren, auch wohl Tics convulsifs; einige litten an echter Epilepsie, die ja in den Trinkerfamilien sehr häufig vorkommt.

Am meisten und am deutlichsten unterscheiden sich die schwachbegabten Trinkerkinder von den andern debilen auf psychischem, ethischem, moralischem Gebiet. Mehr noch als die Intelligenzdefekte treten die Charaktereigentümlichkeiten und Charakterfehler bei ihnen in den Vordergrund. Während von 32 schwachbegabten Kindern aus nüchternen Familien $20 = {}^2/_3$ keine psychischen Besonderheiten aufwiesen, außer etwa Gutmütigkeit, Willenlosigkeit, Unselbständigkeit, und 8 stärkere Charakterschwächen und Charakterfehler hatten, 4 ausgesprochene Verbrechernaturen waren, waren von 42 geistig rückständigen Trinkerkindern 21 ohne erhebliche Charaktereigentümlichkeiten, abgesehen etwa von starker Empfindlichkeit und leichter Reizbarkeit, 16 dagegen stark psychopathisch im engeren Sinne und 5 ausgesprochen jugendliche Verbrecher.

Von den leichten psychischen Störungen sei als eine Charaktereigentümlichkeit vieler Trinkerkinder angeführt einmal die Impulsivität in ihrem Wollen und in ihrem Handeln, dann die außerordentliche Veränderlichkeit in ihren Gefühlen und Stimmungen. So erscheinen sie beim Lernen wie beim Spiel bald mürrisch, unwillig, bald wieder hochbeglückt, freudig bewegt, und dieser Lebhaftigkeit folgt bald wieder, früh einsetzend und lange anhaltend, Erschöpfung und Erschlaffung.

Unter den ausgesprochenen Charakterfehlern finden sich Faulheit, Eigensinn, Widersetzlichkeit, Frechheit, Roheit, Lügen und Stehlen, all dies so oft, wie es den durchschnittlichen Verhältnissen bei den schwachbegabten und moralisch schwachen Hilfsschülern entspricht. Ungleich häufiger aber, jedenfalls weit über den Durchschnitt hinausgehend, trifft man Schulschwänzen (10 : 42) und Vagabundieren (6 : 42) an, dies so oft und so stark, daß man diese Fehler geradezu als eine Eigentümlichkeit vieler Trinkerkinder bezeichnen kann.

Weiterhin ist auch noch das ungewöhnlich frühzeitige Erscheinen dieser Charakterfehler gerade bei diesen Individuen erwähnenswert, die Häufigkeit rascher Verschlimmerung der moralischen Defekte.

Die Aussichten der schwachbegabten Trinkerkinder sind nicht günstig. Schon in der Schule, in der Hilfsschule, bleiben sie hinter ihren Kameraden aus nüchternen Familien zurück, weniger wegen ihres Intelligenzdefektes, als wegen ihrer Charakterfehler, der Faulheit, Unbeständigkeit und frühzeitigen Erschlaffung. Nach der Entlassung aus der Schule, im Berufsleben, tritt zu der Halt- und Willenlosigkeit erschwerend hinzu der Hang zum Trinken und Vagabundieren und die körperliche Schwäche.

Das Elternhaus kann die notwendige Überwachung und Fürsorge nur in den seltensten Fällen leisten; im Gegenteil, vielfach hemmt

die Fortschritte zu jeder Zeit noch ein höchst ungünstiges, häusliches soziales Milieu, das schlechte Beispiel der Eltern in seinen krassesten Formen. So erscheint häufig eine frühzeitige Fürsorgeerziehung in einer geschlossenen Anstalt als das wichtigste in der ganzen Behandlung dieser Kinder.

Und auch so sind Fehlschläge und Mißerfolge nicht selten, denn die Ursache des Scheiterns liegt nicht in den Nachteilen des häuslichen Elends, sondern eben in der Wirkung des ererbten Alkoholismus.

Das ist der furchtbarste Fluch des Alkohols, daß er nicht nur das Individuum selbst, sondern auch dessen Nachkommen trifft.

Grätzer.

R. Ledermann, Die Serumreaktion bei Syphilis in der Säuglingspraxis. (Aus der Hautabteilung am Kommunalen Säuglingskrankenhaus Weißensee-Berlin.) (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1912. Nr. 5.) L. wollte an seinem Material feststellen, wieviel latente Lues sich bei den an den verschiedensten Säuglingskrankheiten leidenden Kindern nachweisen ließe. Es lag ihm besonders daran, Kinder mit positiver Reaktion zu ermitteln, bei denen weder die klinische Diagnose noch die Anamnese Anhaltspunkte für Lues ergaben. Endlich sollte gewissermaßen eine Probe auf die Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion gemacht werden.

Es ergab sich zunächst das erfreuliche Resultat, daß bei 72 Kindern, bei denen klinisch keinerlei Anhaltspunkte für Syphilis vorhanden waren, stets eine negative Serumreaktion gefunden wurde.

Im einzelnen handelte es sich dabei um 43 Fälle von Ernährungsstörungen (Bilanzstörungen, Brechdurchfall, Magenkatarrh usw.), von denen mehrere Kinder gleichzeitig an intertriginösen und anderen Ekzemen oder an Furunkeln litten. Negativ reagierten auch 6 Fälle von Pertussis, darunter ein Kind, das jene eigenartige Form der Hautnekrosen aufwies, welche von den Franzosen als Syphiloïdes postérosives bezeichnet werden.

L. erwähnt ferner, daß weder bei Scharlach noch Rubeolen, weder bei Hirn- noch Knochentuberkulose und ebensowenig bei Leukämie und Meningitis purulenta, sowie bei Ophthalmoblennorrhöe eine positive Reaktion gefunden wurde. Desgleichen ergab ein Fall von schwerer Rhinitis, der mehrfach serologisch untersucht wurde, aber keinerlei Anhaltspunkte für Lues darbot, stets ein negatives Resultat. Dasselbe war auch in einem Falle von Dermatitis exfoliativa Ritter und bei anderen nichtspezifischen Dermatosen der Fall. So hatte also in allen diesen Fällen die Wassermannsche Reaktion ihre Probe bestens bestanden.

Von 17 Ammen boten 16 keinerlei klinische und anamnestische Zeichen von Lues dar und ergaben sämtlich eine negative Reaktion, während eine mit syphilitischen Erscheinungen behaftete, für ein luetisches Kind bestimmte Amme positiv reagierte. Drei Ammenninder, welche von gesunden Müttern abstammten, ergaben eine kegative Reaktion.

Nachdem wir jedoch durch die Anstellung der Wassermannschen Reaktion im Laufe der letzten Jahre kennen gelernt haben, wie groß die Zahl der an latenter Lues leidenden und sich oft ihrer Krankheit gar nicht bewußten Personen ist, sollte man es gerade bei der Anstellung von Ammen niemals verabsäumen, diese und, wenn möglich, ihre Kinder serologisch zu untersuchen. L. hat in seiner Privatpraxis in letzter Zeit wieder Gelegenheit gehabt, bei einer klinisch gesund erscheinenden Amme, die bereits ein fremdes Kind angelegt hatte, durch die serologische Untersuchung Syphilis zu konstatieren.

Von 16 hereditär syphilitischen Säuglingen konnten 11 serodiagnostisch, darunter mehrere wiederholt, untersucht werden. Bei einem Kinde, welches nicht zu dieser Untersuchungsreihe gehörte und mit der Diagnose Lues zugeschickt wurde, wurde die Wassermannsche Reaktion zweimal negativ befunden, obwohl dieses Kind, welches an multiplen Drüsenschwellungen litt, wegen der Anamnese — sowohl der Vater, wie eine 3 Jahre ältere Schwester waren an Lues behandelt worden — in hohem Grade auf Lues verdächtig war. In diesem Falle konnte aber auch bei fortgesetzter klinischer Beobachtung kein sicheres Zeichen von Syphilis entdeckt werden.

Die übrigen serologisch untersuchten 11 Kinder, welche mit sicheren syphilitischen Symptomen behaftet waren, zeigten sämtlich eine starke positive Reaktion.

Einige dieser Fälle bieten auch ein gewisses klinisches Interesse. So wurde ein am 14. August 1910 geborenes Kind im September 1911 in das Krankenhaus mit Tetanie und spastischer Lähmung der Arme und Beine eingeliefert. Die Erkrankung bestand seit dem 29. Mai 1911. Zeichen von Syphilis waren nicht vorhanden. Die am 6. September 1911 — 6 Tage nach der Aufnahme — vorgenommene Serumuntersuchung ergab ein stark positives Resultat. Drei weitere Blutuntersuchungen des mit Salvarsan, wie mit Schmierkur und innerlichem Gebrauch von Protojoduretum hydrargyri behandelten Kindes ergaben stets wieder eine starke positive Reaktion. Auch verhinderte die Behandlung nicht das Auftreten syphilitischer Papeln im November, wodurch auch klinisch die Diagnose Syphilis gesichert wurde.

Bei einem 7 monatigen, am 30. Oktober aufgenommenen Knaben, dessen Mutter Infektion im Jahre 1908 und zwei Schmierkuren, sowie Salvarsanbehandlung zugab, dessen Vater gleichfalls wegen syphilitischer Erscheinungen im Munde im Jahre 1908 eine Quecksilberspritzkur durchgemacht hatte, wurde bei der Aufnahme eine Spontanfraktur des linken Oberarms als Folge einer syphilitischen Knochenerkrankung der Diaphyse festgestellt. Später trat eine Verbiegung des rechten Oberarms und drohende Spontanfraktur auf. Das Kind zeigte auch sonst schwere Erscheinungen von Lues, vergrößerte Milz, Psoriasis specifica plantaris, multiple Drüsenschwellungen sowie andere Stigmata der hereditären Lues, stark geschlängelte Temporal- und Abdominalvenen.

Bei einem der positiv reagierenden Kinder, dessen Mutter 5 Jahre vorher syphilitisch infiziert worden war, wurde neben anderen syphilitischen Erscheinungen eine Chorioiditis peripherica und Neuritis

optica festgestellt. Bei mehreren anderen Lueskindern konnten dagegen keine charakteristischen Erkrankungen des Augenhintergrundes gefunden werden.

In einem Falle zeigte ein Kind die typischen Zeichen der hereditären Lues, während die Mutter vollkommen symptomenfrei war und nur eine positive Wassermannsche Reaktion hatte, der Vater negativ reagierte.

Bei einem mit Salvarsan und Quecksilber behandelten Kinde blieb die Reaktion ebenso wie bei dem bereits erwähnten Kinde mit Tetanie trotz aller Behandlung positiv.

Von diesen 16 Kindern, welche syphilitische Symptome darboten, konnte bei neun eine Anamnese der Eltern nicht erhoben werden; drei Kinder stammten von syphilitisch kranken Müttern, zwei von syphilitischen Vätern, und bei zwei Kindern konnte die Syphilis von Vater und Mutter ermittelt werden.

Eigentümlich ist die Tatsache, daß die positive Reaktion sowohl hereditärsyphilitisch infizierter als auch der in frühester Jugend extragenital infizierten Kinder im Gegensatz zu der Syphilis der Erwachsenen außerordentlich wenig und oft gar nicht von der eingeleiteten antisyphilitischen Behandlung beeinflußt wird. Viele Kinder bleiben andauernd trotz aller Behandlung positiv, ohne daß sie jahrelang Zeichen ihrer Erkrankung darbieten oder ihre körperliche und geistige Entwicklung gestört wird. Bei manchen allerdings treten in späteren Jahren schwere Erscheinungen besonders von seiten des Nervensystems auf; ein Beweis dafür, daß die positive Reaktion die im Körper schlummernden Syphiliskeime zur Kenntnis bringt.

Die Syphilis im Kindesalter stimmt in bezug auf die Permanenz der positiven Reaktion mit den metasyphilitischen Erkrankungen — Tabes und Paralyse — überein, bei denen auch nur ausnahmsweise eine positive Reaktion durch Salvarsan oder Quecksilberbehandlung in eine negative umgewandelt wird. Wir sehen also bei der Syphilis der Kinder, daß die Wassermannsche Reaktion nicht immer einen sichtbaren Gradmesser für den Erfolg einer antisyphilitischen Behandlung abgibt, und daß der Wunsch, eine syphilitische Behandlung so lange fortzusetzen, bis eine definitive Umwandlung der positiven Reaktion in eine negative stattgefunden hat, sich praktisch nicht immer durchführen läßt oder wenigstens auf große Schwierigkeiten stoßen kann.

Man findet gerade im Kindesalter auch nach jahrelanger Latenz so starke positive Reaktionen, wie man sie sonst nur bei der sekundären Lues mit frischen Erscheinungen oder bei der Paralyse zu treffen gewöhnt ist.

Solange es uns nicht gelingt, im Kindesalter mit unseren bisherigen therapeutischen Methoden eine schnelle und sichere Umwandlung der positiven Reaktion in eine negative oder auch nur in eine einigermaßen abgeschwächte herbeizuführen, dürfte sich bei diesen Fällen die Anstellung einer quantitativen Messung der Stärke der Reaktion erübrigen. Ob diese quantitative Bestimmung in der Tat eine so hohe praktische Bedeutung gewinnen wird, wie sie wissenschaftlich interessant ist, erscheint L. vor der Hand auch für

die Syphilis der Erwachsenen zweifelhaft. Denn er bemißt nicht die Stärke der Behandlung nach der Stärke der Reaktion, sondern der Umstand allein, daß jemand noch positiv reagiert, sei es schwach oder stark, ist für L. Grund genug, ihn einer energischen Behandlung zu unterziehen. Die Erfahrung lehrt ja so oft, daß eine vordem schwache Reaktion oder auch eine negative Reaktion sich besonders im Frühstadium der Erkrankung wieder in eine positive umwandeln kann. Nur eine wiederholt gefundene negative Reaktion bei energisch behandelten und jahrelang beobachteten Patienten gibt uns einen gewissen Anhaltspunkt dafür, daß die Krankheit geheilt ist. Will man zunächst aus wissenschaftlichen Gründen — es ist ja noch nicht abzusehen, inwieweit die fernere Kenntnis des Wesens der Reaktion in Zukunft unser therapeutisches Handeln beeinflussen wird — die Stärke der Reaktion quatitativ messen und dadurch eine allgemeine Basis für die Verständigung schaffen, so bedarf es nicht nur eines unbegrenzt haltbaren Standardextrakts, das ebenso wie z. B. das Diphtherieserum von einer Zentralprüfungsstelle aus geliefert werden muß, sondern auch eines konstant bleibenden hämolytischen Systems, was bei dem wechselnden Gehalt des Meerschweinchenserums an Komplement und bei der wechselnden Beschaffenheit des Hammelblutes zunächst noch auf einige Schwierigkeiten stoßen dürfte.

Grätzer.

A. Franzoni, Über den Einfluß der Sonnenstrahlen auf tuberkulöse Sequester. (Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 114. Heft 4. S. 371.) F. berichtet in der vorliegenden Arbeit aus der Anstalt von Dr. Rollier für Behandlung der chirurgischen Tuberkulose in Leysin über den Einfluß der Sonnenstrahlen auf tuberkulöse Sequester. Lassen wir den Sequester unter der gewöhnlichen abwartenden Behandlung herauseitern bzw. sich resorbieren, so dauert der Vorgang zum mindesten monatelang, selbst wenn wir die Tätigkeit des Organismus durch Jodoforminjektionen oder ähnliche Mittel unterstützen. Der Vorgang ist besonders deshalb ein langsamer, weil die tuberkulösen Gewebe nur eine sehr geringe Reparationstendenz besitzen und weil es bei den tuberkulösen Fisteln, besonders an den Extremitäten, nicht zu so großen Eiteransammlungen kommt, daß der Sequester bei Gelegenheit des Durchbruches eines größeren Abszesses herausgeschwemmt würde. Wird operativ eingegriffen, so läßt sich der Sequester allerdings rasch entfernen. Diese Entfernung kann auch eine schonende sein, wenn der abgestorbene Knochen aus seinem Verbande ausgelöst ist. Aber selbst in diesem günstigsten Falle beeinflußt der chirurgische Eingriff die zurückbleibenden noch kranken Gewebe bei weitem nicht in der gleichen Weise wie das Sonnenlicht. Ist die Demarkation dagegen noch nicht eingetreten, so läuft der chirurgische Eingriff Gefahr, mehr Gewebe zu entfernen, als unbedingt nötig ist, und kann also nicht Anspruch auf die Bezeichnung eines schonenden Verfahrens machen.

Die Sonnenbestrahlung ihrerseits hat wie jede abwartende Behandlung den relativen Nachteil langer Dauer. Dieser Nachteil wird aber bei weitem aufgewogen durch den günstigen Einfluß, den die Heliotherapie während der Behandlungsdauer auf das Allgemein-

befinden ausübt, ganz besonders aber auch durch die kräftige Anregung des lokalen Heilungsvorganges. Ist der Sequester unter Sonnenbehandlung eliminiert, so ist gleichzeitig auch der lokale Prozeß geheilt, die Fistel geschlossen. Durch diesen letzteren Umstand unterscheidet sich die Eliminierung des Sequesters unter dem Einfluß der Sonnenstrahlen auch von der operativen Behandlung. Was man bei der letzteren scheinbar an Zeit gewinnt, das verliert man wieder durch den Umstand, daß mit der operativen Beseitigung des Sequesters der Prozeß noch nicht ausgeheilt ist, sondern daß es zu seiner Ausheilung unter Umständen noch einer Frist von vielen Wochen bedarf. Vor dem operativen Verfahren hat die Heliotherapie endlich den Vorzug der größeren Gewebsschonung. Der Organismus entfernt unter dem Einflusse der Sonnenstrahlen nur gerade diejenigen Gewebspartien, welche der Wiederherstellung nicht mehr fähig sind. Es ergibt sich daraus, daß für alle Fälle von Sequesterbildung mit Fisteln die Sonnenbehandlung, trotz ihrer relativ langen Dauer, das idealste Heilverfahren darstellt, das wir bis jetzt kennen. Die Wirkung der Sonnenstrahlen beruht einerseits wahrscheinlich auf ihren bakteriziden Eigenschaften und daneben wohl auch nach Duclaux, Green, Roux und Jersen auf einer Wirkung auf die Bakterientoxine. Daneben kommt, vielleicht noch in höherem Grade, die Einwirkung auf die Gewebe selbst in Frage, die sich sowohl durch eine vermehrte Widerstandsfähigkeit des gesamten Organismus als auch durch eine lokale Anregung seiner antibakteriellen Kräfte und der natürlichen Heilungsvorgänge äußert.

F. kommt nach seinen Erfahrungen zu dem Schluß, daß wir in der chirurgischen Entfernung der Sequester nur einen Notbehelf erblicken können, der dann angezeigt ist, wenn die Anwendung der Sonnenstrahlen aus sozialen Gründen nicht möglich ist.

Joachimsthal.

Gallus, Die allgemeinen Ursachen der Anfallshäufungen innerhalb größerer Gruppen von Kranken. (Epilepsia. Bd. 3.) G. machte seine statistischen Untersuchungen an einem Material von zirka 250 weiblichen epileptischen Kranken im Alter von 5—60 Jahren. Im ganzen wurden 58128 Krampfanfälle und Schwindel bearbeitet. Es ergab sich:

Jahreszeiten. Erhebliches Minimum der Fälle in den Monaten Oktober bis Januar. Die sonnigen Tage weisen etwas geringere Durchschnittsziffern auf, doch sind die Unterschiede im Vergleich zu den trüben Tagen nicht erheblich; der eventuelle Einfluß der Besonnung wird sich wohl darauf zurückführen lassen, daß heitere Tage der Gesundheit förderlich sind, ins Freie zu gehen gestatten, dadurch die Reibungen unter den Kranken vermindern und die Stimmung günstig beeinflussen. Weder die Tagesschwankungen noch besondere Höhen oder Tiefen der Lufttemperatur zeigten Beziehungen zu den Anfallsziffern.

Seit jeher steht der Mond im Rufe, das Befinden der Geisteskranken, insbesondere der Epileptiker, zu beeinflussen (die Epilepsie hieß früher sogar morbus lunaticus). Nach G.s Statistik erwies sich aber der Einfluß der Mondphasen belanglos. Auch von seiten des

Erdmagnetismus (nach Sokolow soll der größten magnetischen Spannung die geringste Zahl der Anfälle entsprechen und umgekehrt) war ein merklicher Einfluß auf die Zahl der Anfälle nicht zu konstatieren, ebenso erschienen die Luftelektrizität, der Luftdruck (nach Lomer, Michalek und Halbey soll das Einsetzen eines barometrischen Anstiegs oder Anfalls häufig mit einem Steigen der Anfallsziffer verbunden sein), der Feuchtigkeitsgehalt der Luft ohne wesenlichen Einfluß.

Betreffs der Menstruation zeigte sich, daß etwa 5 Tage vor dem Beginn derselben die Anfallslinie von ihrem Minimum steil zu steigen beginnt und am Tage vorher bzw. am Tage des Beginns ihren Gipfel erreicht, um dann rasch wieder abzufallen; gegen Ende der Menstruation macht sich ein zweites, wenn auch niedrigeres Maximum bemerkbar. Diese „Erscheinungen der ‚Menstruationswelle‘ wird man weniger als Folgen periodisch auftretender Störungen im ganzen Gefäßsystem auffassen dürfen, als vielmehr mit größerer Wahrscheinlichkeit sie zu den inneren Sekretionsvorgängen in den Ovarien in Beziehung zu setzen haben. Ihr Einfluß auf den Gesamtstoffwechsel, vielleicht auf dem Umweg über das Gefäßsystem, dürfte auch den Weg andeuten, auf dem wir eine Erklärung der Anfallshäufungen in der kritischen Zeit zu suchen hätten“. Nur in einem Falle G.s waren die Insulte regelmäßig an die Menstruationszeiten gebunden; der menstruelle Typ der Epilepsie erscheint daher G. sicherlich viel seltener, als gemeinhin angenommen wird.

Nahrung. Auffällig hoch waren die Anfallszahleu nach Darreichung von Dörrgemüse (wohl infolge Belastung des Darmes mit schwer verdaulichen Substanzen); besonders ist die Steigerung der Zahlen im Vergleich zu den unter dem Durchschnitt bleibenden Zahlen nach frischem Gemüse bemerkenswert. Die Zahlen der Heringstage, an denen mittags gleichzeitig kein Fleisch gereicht wurde, ragen erheblich über die Norm hervor, wohl infolge des reichen Kochsalzgehalts und der Neigung zu reichlicher Flüssigkeitszufuhr.

Wochentage. Die Sonntage weisen relativ niedrige Zahlen auf, an den Montagen sinken diese noch tiefer, um dann am Dienstag bzw. Mittwoch das Maximum rasch zu erreichen, von dem sie mehr oder minder regelmäßig zu den wieder recht tiefen Sonnabendwerten abfallen. Es scheint, als ob durch den Sonntag, der ganz der Ruhe gewidmet ist, und den Sonnabend, an dem die werktägliche Arbeit schon stark reduziert ist, ein eigentümlicher Rhythmus im Ablauf der Woche erzeugt wird, der den Wechsel zwischen Arbeit und Ruhe und deren Nachwirkung auch beim Epileptiker zum Ausdruck bringt.

Sehr deutlich war das Überwiegen der nächtlichen Anfälle. Ein geringer Anstieg der Anfälle zeigte sich in der Zeit von 1 bis 3 Uhr nachmittags, ein jähes Maximum in der 10. Abendstunde, dem weitere Maxima zwischen 3—4 und 5—6 Uhr nachts folgten. „Offenbar stellt der Schlaf irgendwie eine dem Ausbruch der Anfälle günstige Disposition dar“; es ist nicht die Ruhe, die gegenüber der Arbeit ein Herabsinken der Anfälle bewirkt, sondern der Schlafvorgang an sich (daher soll man auch den Epileptikern den Nachmittagsschlaf verbieten. Ref.). Die erste erhebliche Steigerung der

Anfälle zwischen 9—11 Uhr abends trifft nach G. zweifellos mit der rasch erreichten größten Vertiefung des Schlafes in diesen Stunden zusammen.

Alles in allem erwiesen sich bei den Untersuchungen G.s verhältnismäßig geringfügige physiologische Vorgänge von weit erheblicherer Wirksamkeit als die großen Kräfte in der Natur.

Kurt Mendel.

Fritz Heimann (Breslau), Zur Lehre des Ikterus neonatorum (systematische Blutuntersuchungen). (Zeitschr. für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 69. Heft 1.) H. hat in der Breslauer Frauenklinik sehr eingehende vergleichende Untersuchungen an dem Blute von 50 ikterischen und 50 normalen Neugeborenen angestellt und kommt zu dem Resultat, daß der Ikterus neonatorum keineswegs der Pathologie des frühesten Kindesalters zugerechnet werden darf, da ikterische und nicht ikterische Kinder sich in ihrem klinischen Verhalten kaum voneinander unterscheiden.

Die Entstehung des Ikterus neonatorum hängt mit der Vermehrung des Eiweißstoffwechsels zusammen. Da das Kind mehr assimiliert, als es mit seiner Nahrung erhält, so ist es genötigt, das Organeiweiß, und zwar zunächst das Zirkulationseiweiß, in Anspruch zu nehmen. Darauf beruht es, daß bei ikterischen Kindern um so mehr rote und weiße Blutkörperchen verbraucht werden, je stärker der Ikterus auftritt. Die größere oder kleinere Resorptionsfähigkeit der aufgenommenen Nahrung beim Neugeborenen disponiert also zur Entstehung oder Nichtentstehung dieser Gelbsucht. Der Ikterus neonatorum ist als hämo-hepatogen zu bezeichnen; mit einem primären Duodenalkatarrh ist er nicht in ursächlichen Zusammenhang zu bringen.

Wegscheider.

Kutoirt, Über das Gehör Neugeborener und Säuglinge. (Passows Beiträge. Bd. 5. Heft 4.) K. untersuchte 101 Kinder im Alter von 10 Minuten bis zu 24 Stunden mit Stimmgabeln der kontinuierlichen Bezold-Edelmannschen Reihe. Jedes Kind wurde mehrere Male untersucht. Interessant ist die Verschiedenartigkeit der Hörempfindung nach normalen, besonders langdauernden und nach operativen Eingriffen eingetretenen Geburten. Je länger die Geburt dauerte, desto mehr äußerte sich der Einfluß auf das Gehör, am schlechtesten waren die Resultate bei Kindern, die nach operativen Eingriffen geboren waren. Als gewiß nimmt K. an, daß $^3/_4$ der Neugeborenen in den ersten 24 Stunden auf Töne reagieren, und daß neben der Länge der Geburt Unausgetragensein des Kindes oder schwache Entwicklung auf das Hören von Einfluß sind.

A. Sonntag (Berlin).

Terrien, Postdiphtherische Lähmung der Recti externi. Heilung durch Serum. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. April-Heft 1912.) Postdiphtherische Lähmungen der äußeren Augenmuskeln sind im Vergleich zu denen der Akkommodation äußerst selten.

Sommers (Zittau).

Uhthoff, Fall von totaler angeborener Irideremie bei einem 6jährigen Mädchen. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. April-

Heft 1912.) Der Fall ist dadurch bemerkenswert, daß das Sehvermögen beider Augen ein relativ gutes war bei völliger Klarheit der Linse. Gewisse Veränderungen beim Akkommodationsakt ließen sich genau beobachten. (Eserineinwirkung.)

Die Beobachtung spricht für die Helmholtzsche Akkommodationstheorie.

Sommers (Zittau).

Matzdorff, Über Körperpflege unter der ländlichen Bevölkerung in Schmalkalden. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen 1912. Bd. 43. Heft 1. S. 155.) Die Arbeit beansprucht insofern ein mehr als lokales Interesse, als sie auf einen wesentlichen Fehler in der Jugendfürsorge, der sich auch an anderen Orten findet, hinweist: auf die Beschränkung der Fürsorgemaßnahmen auf die männliche Jugend. Es darf M. in zwei Punkten Recht gegeben werden; 1. daß die Jugendfürsorge nicht lediglich begründet sein darf durch die Rücksicht auf die Militärtauglichkeit und 2. daß die Absicht einer Hebung der Militärtauglichkeit nicht ausschließlich die Pflege der männlichen Jugend zu berücksichtigen habe. Denn da die weibliche Jugend später einmal zu Müttern nicht nur an Mädchen, sondern auch an Knaben, d. h. zum Militärdienst bestimmten Personen wird, muß auch die körperliche Ausbildung der Mädchen einen Einfluß auf die Körperbeschaffenheit der Knaben — allerdings erst in der folgenden Generation — ausüben. Eine weit ausblickende Jugendfürsorge darf daher auch mit Rücksicht auf die Militärtauglichkeit den weiblichen Teil der Jugend nicht vernachlässigen.

Nothmann (Berlin-Wilmersdorf).

Abel (Berlin), Über Impfpflicht und Pockenschutz. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen 1911. Bd. 41. Supplem.-Heft 1.) In England und Österreich ist trotz Fehlens eines gesetzlichen Impfzwanges der Pockenstand niedriger als in Ländern mit obligatorischer Impfung, z. B. Frankreich, weil die Durchimpfung in jenen Ländern eine weitgehende ist und fast so groß wie z. B. in Deutschland. Die Zahl der Geimpften würde nach Aufhebung des Impfzwanges bei uns voraussichtlich stark zurückgehen, weil die Gegner der Impfung eine lebhafte Agitation betreiben. Deutschland bedarf aber nach seiner geographischen Lage und seinen Verkehrsbeziehungen eines höheren Pockenschutzes als England und Österreich. Eine Änderung der Impfpflicht wäre erst dann zu rechtfertigen, wenn die jetzt ständig drohende Gefahr der Pockeneinschleppung aus dem Auslande durch Besserung der Pockenverhältnisse in den Nachbarstaaten dauernd beseitigt sein wird. — Die Bekämpfung der Pocken durch sanitätspolizeiliche Maßnahmen ist notwendig, macht aber die Impfpflicht für Deutschland bei dem jetzigen Pockenstande im Auslande nicht entbehrlich. Der Impfschutz der deutschen Bevölkerung ist auch in den Pockenausbrüchen der letzten Jahre erkennbar gewesen. Die Technik der Impfung bedarf dauernd der Fürsorge, genauer Verfolgung der Frage, ob das derzeitige Verfahren der Impfung den Pockenschutz hoch genug erhalten wird.

Nothmann (Berlin-Wilmersdorf).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

W. Spitzmüller und **H. Peterka**, Zur Heliotherapie der chirurgischen Tuberkulose und Skrofulose. (Aus dem Kaiserin Elisabeth-Kinderhospital der Stadt Wien in Bad Hall.) (Wiener klin. Wochenschr. 1912. Nr. 20.) Aus der Arbeit sei folgendes wiedergegeben:

„Wir haben unsere Kranken in der uns sonst geläufigen Art und Weise behandelt und noch die Sonnenbäder hinzugefügt. Wenn auch die Zahl der so behandelten Fälle recht beträchtlich ist, einige Hundert betrug, und die Sonnenbäder infolge der abnorm günstigen Witterung des vorigen Sommers intensiv ausgedehnt werden konnten, so wollen wir doch keine Kasuistik hierüber bringen. Dieselbe wäre unseres Erachtens ebenso ermüdend als überflüssig, weil sie bei der kombinierten Behandlung der Fälle das Vergleichungsmoment vermissen ließe, welches allein die Aufstellung einer so umfangreichen Kasuistik rechtfertigen würde. Die Fälle wurden bei dem informativen Zwecke, den wir verfolgten, nicht besonders ausgewählt, sondern alle möglichen Formen von chirurgischer Tuberkulose und Skrofulose wahllos bestrahlt. Es ist uns daher dermalen nur möglich, über den Gesamteindruck, den wir von der Heliotherapie erhalten haben, zu berichten.

Da ist nun gleich vorweg zu sagen, daß wir in den Enthusiasmus, welcher der neuen Behandlung von mancher Seite entgegengebracht wird, nicht in dem Maße einstimmen können. So viel steht fest, wenn die Wirkung der Heliotherapie tatsächlich eine so gewaltige wäre, wie sie hingestellt wurde, so hätten unsere Heilresultate bei der kombinierten Behandlung enorm sich steigern und die Behandlungsdauer sich wesentlich abkürzen müssen. Das war aber durchaus nicht der Fall. Eine ausnahmslose Wirkung haben wir nicht beobachten können. Es hat der eine oder der andere Fall ganz günstig reagiert, mancher aber gar nicht. Wir haben den Eindruck gewonnen, daß die Sonnenbestrahlung ja nicht zu verachten ist und sich jedenfalls dauernd einen Platz in der Reihe der Behandlungsmethoden der chirurgischen Tuberkulose und Skrofulose sichern wird. Als ein Plus zu unserer Allgemeinbehandlung akzeptieren wir nach unseren bisherigen Erfahrungen die Heliotherapie unbedingt und ersehen mit Genugtuung, daß eigentlich auch Zadro zu dem gleichen Resultate gekommen ist. Wenn auch die Sonnenbestrahlung kein Allheilmittel ist, so ist es doch immerhin schon ein Gewinn, wenn sich die Zahl unserer Heilfaktoren vermehrt. Gibt es doch hartnäckige Fälle, welche jeder der bisherigen Methoden trotzen und bei welchen man froh ist, ein neues Mittel erproben zu können. In solchen Fällen wird voraussichtlich die Sonnenbestrahlung vielen Nutzen stiften. Wenn der erste Enthusiasmus, welcher ja jede Neuheit begleitet, sich gelegt haben wird, wird sich diese unsere Ansicht als Allgemeinanschauung herauskristallisieren. Unsere beiden Spezialkrankheiten sind nun einmal „Arme Leut"-Krankheiten, und die größte Heilungsquote leistet nach unserer langjährigen, spezialistischen Erfahrung entschieden die Verbesserung des hygienischen Milieus.

Deshalb ist es gar nicht zu verwundern, daß gerade die elendesten Fälle, herausgeholt aus den Souterrainwohnungen der Großstadt, am besten auf die Sonnenbehandlung reagieren. Schon lange vor der Heliotherapie haben wir diese Krankenkategorie als die für die Allgemeinbehandlung dankbarste einschätzen gelernt. Die verblüffendsten Heilerfolge bei den elendesten Kindern erzielen wir in den ersten Wochen unserer Anstaltsbehandlung. Dann, wenn dieser erste „Schub“ vorüber ist, geht es bedeutend langsamer vorwärts, weil offenbar bereits Angewöhnung an die besseren Lebensverhältnisse eingetreten ist. Viel mehr würde es uns imponieren, wenn die Resultate bei gut gepflegten Kindern aus den gut situierten Kreisen, welche alles nur Denkbare für die Kinder aufwenden, eklatante wären, selbst wenn das Kind nur einen kleinen, aber resistenten Herd hätte. Unserer festen Überzeugung nach ist die Milieuänderung das Wesentlichste an der ganzen Allgemeinbehandlung der Skrofulose und chirurgischen Tuberkulose.

Der eine von uns (Dr. Spitzmüller) hat diese Überzeugung in 20jähriger spitals- und privatärztlicher Tätigkeit in Bad Hall gewonnen und oft gewünscht, daß die Kinder der gut situierten Privatklientel so gut reagieren möchten wie die ganz elenden Kinder des Hospitales, bei denen die gute Luft, die trockene Wohnung, die gute Nahrung allein schon solche Faktoren waren, welche bewirkten, daß schwere Prozesse zum Stillstande kamen und die Kranken aufblühten.

Der andere von uns (Dr. Peterka) kennt die Verhältnisse am Meere genau, weil er selbst in einem Seehospize tätig war, und gewann dort die gleichen Eindrücke.

Wir glauben daher, daß es ganz gleich ist, wo die Anstalt liegt, ob am Meere oder im Binnenlande, ob in einem Jod- oder Solkurorte, überall lassen sich bei Skrofulose und chirurgischer Tuberkulose gute Resultate erzielen und sie lassen sich auch auf der Bergeshöhe unter der Sonnenbestrahlung erzielen. Die Frage ist nur, ob die Resultate auf den Bergeshöhen so viele bessere sind, daß es sich verlohnt, hoch oben solche Anstalten zu errichten, welche mit Heliotherapie allein arbeiten, oder ob sich der Zweck auch in den bestehenden Anstalten in genügendem Ausmaß erreichen läßt. Diese Seite der ganzen Frage ist zunächst aktuell und sollte möglichst bald und einwandfrei entschieden werden.

Es handelt sich darum:

1. Durch vergleichende Parallelbehandlung zu eruieren, ob die Heliotherapie allein imstande ist, die chirurgische Tuberkulose und Skrofulose in annähernd derselben Zeit auszuheilen wie die operative und sonstige, bisher übliche Behandlung;

2. festzustellen, ob die Resultate der Heliotherapie in erheblichem Maße von der Meereshöhe der betreffenden Anstalt abhängig sind.

Bei der bekannten Rezidivneigung unserer beiden Krankheiten wäre es auch interessant, festzustellen, ob bei den in größeren Meereshöhen ausgeheilten Fällen nach der Rückkehr in die Ebene Rezidive auftreten. Bekanntlich tritt in den Höhenlagen Vermehrung der

roten Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes des Blutes auf. Es wäre nun denkbar, daß die Krankheit, bzw. ihre Ausheilung nur auf die Höhenlage eingestellt, sozusagen akklimatisiert ist und in der Ebene nach Restitution des normalen Blutbefundes wieder Rezidive auftreten.

Um möglichst bald zu einem abschließenden Urteile über den Wert der Heliotherapie gelangen zu können, wäre es erwünscht, wenn alle Anstalten, welche sich mit Skrofulose und chirurgischer Tuberkulose beschäftigen, in einheitlicher Weise zusammenarbeiten würden. Wenn dann von vielen Seiten die Resultate gleichartig unternommener Untersuchungen mitgeteilt würden, würde man bald zu einem positiven Urteile gelangen, jedenfalls schneller und einwandfreier, als wenn ganz systemlos vorgegangen wird.

Im Sinne des obigen Punktes 2 wäre es notwendig, auch die klimatischen Verhältnisse des betreffenden Ortes zu skizzieren oder wenigstens die Meereshöhe anzugeben. Die Meereshöhe von über 1000 m scheint kein unbedingtes Erfordernis zu sein, um mit der Heliotherapie allein bei der chirurgischen Tuberkulose günstige Resultate zu erzielen, wie die Demonstrationen aus Grimmenstein, welches nur 760 m hoch liegt, beweisen.

Immerhin ist jedoch diese Frage exakt nur durch Beobachtungen zu lösen, welche an verschiedenen Orten gleichartig durchgeführt werden. Wir haben nun vor, im kommenden Sommer Parallelversuche zu machen, um im Vergleichswege zu einer einwandfreien Bewertung der Heliotherapie für unsere Meereshöhe (376 m) und unsere klimatischen Verhältnisse zu gelangen. Bei diesen Parallelversuchen wollen wir natürlich nur Fälle auswählen, bei denen man billigerweise von der Sonnenbestrahlung ein effektives Resultat erhoffen kann. Wir wollen z. B. der Sonne nicht zumuten, fibröse Pseudarthrosen in knöcherne Ankylosen umzuwandeln u. dgl., weil sie dies nie wird leisten können.

Wir werden also gleichartige, möglichst gleichaltrige Fälle in drei Gruppen nebeneinander behandeln, und zwar:

1. nach unserer üblichen Methode,
2. nach unserer üblichen Methode plus Sonnenbädern,
3. mit Sonnenbädern allein.

Das Versuchsmaterial wird Skrofulose im engeren Sinne, lokalisierte und generalisierte chirurgische Tuberkulose umfassen. Als Maximum der Vergleichszeit soll für die einzelnen Fälle drei Monate gelten. Hierbei muß noch besonders betont werden, daß die Fälle aus dem gleichen sozial-hygienischen Milieu stammen sollen, weil dieses Moment für den therapeutischen Effekt sehr in die Wagschale fällt.

Es würde uns freuen, wenn in anderen Anstalten des In- und Auslandes in gleicher oder ähnlicher Weise vorgegangen würde, weil wir dann durch Vergleichung der Resultate zu einer definitiven Bewertung der Heliotherapie und zur Lösung einer Reihe noch unklarer Fragen kommen könnten, im Interesse der Wissenschaft und im Interesse unserer armen Kranken."

Grätzer.

A. Pulawski, Ein Fall von Addisonscher Krankheit (Tuberkulose beider Nebennieren, sog. Status lymphatico-thymicus, Hypoplasie der Kreislauf- und Geschlechtsorgane. (Aus der inneren Abteilung des Kindlein Jesu-Spitales in Warschau.) (Ebenda.) Der Fall betraf ein 16 jähriges Mädchen. Das Wesentliche besagt die Überschrift. Grätzer.

A. Halipré et **Tregouet,** Krupp bei Varizellen. Diphtherischer Krupp. Intubation. Varizellen 8 Tage später; Varizellen-Krupp, Intubation, Heilung. (Revue médicale de Normandie 1911. Nr. 3.) Die Lokalisation der Varizellen im Kehlkopf ist eine Seltenheit. In dem angezeigten Fall handelt es sich um ein Krupprezidiv bei einer Erkrankung an Varizellen. Das 5 jährige Kind hatte einen diphtherischen Krupp, der die Intubation erfordert hatte. Am dritten Tag extubiert, war das Kind nahezu geheilt, als es, 6 Tage post extubationem, an Varizellen erkrankte. 2 Tage darauf, d. h. 8 Tage nach der Détubage, bei völlig negativem Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung hinsichtlich Diphtherie, trat mit äußerster Heftigkeit Stridor auf. In dem stark geröteten Hals zahlreiche Bläschen und Pusteln. Das Kind wurde ein zweites Mal intubiert.

Die Schwere der Varizellen-Laryngitis war in diesem Fall durch die vorausgegangene Diphtherie noch gesteigert worden, aber wir haben nur eine prädisponierende Ursache voraus, und nichts weiter. Eine genaue Analyse der einzelnen Daten, ihre Aufeinanderfolge beweist dies und bestätigt die Diagnose einer Varizellen-Laryngitis in diesem Fall. H. Netter (Pforzheim).

Long, Histologische Untersuchung von vier Fällen Littlescher Krankheit. (Revue Neurologique 1911. März.)

1. Angeborene doppelseitige, sekundäre Porencephalie enstanden nach einer im vierten Monat des intrauterinen Lebens aufgetretenen Meningo-Encephalitis;

2. Rindenatrophie lokalisiert auf die Außenfläche der Hemisphären mit diffuser Meningitis, Ependymitis und Sklerose der Plexus chorioïdei;

3. Hydrocephalus mit Meningitis und Ependymitis;

4. Meningomyelitis mit disseminierten Herden ohne zerebrale Läsionen.

Bei den drei ersten Fällen waren die Veränderungen vorwiegend zerebral; der letzte Fall ist ein neues Beispiel der spiralen Form der Littleschen Krankheit. Die Schwere der zerebralen Form hängt vom Grad der Alteration der Rinde ab, die zum Teil die angerichteten Verwüstungen reparieren oder atrophisch bleiben kann. Daraus ergeben sich beträchtliche Verschiedenheiten im Zustand der Assoziations- und Projektionsfasern; die Pathogenese des Status paretospasticus ist sonach nicht allein auf den Pyramidenstrang zu beziehen.

H. Netter (Pforzheim).

Richon und **Hanns,** Typhus mit polymorphem Typhus-Erythem. (La Province médicale 1911. Nr. 39.) Die Erytheme im Verlauf des Typhus sind nicht häufig und treten besonders bei Kindern

und bei den schweren Formen der Krankheit auf, entweder im Beginn der Krankheit vor der Roseola, oder auf der Höhe der Krankheit oder während der Rekonvaleszenz nach 1—3 Wochen Apyrexie oder gelegentlich eines Rückfalls. Sie nahmen ziemlich oft epidemischen Charakter an, indem sie sich zu gleicher Zeit bei einer gewissen Anzahl von Typhösen zeigen; aber sie bilden keine kontagiöse, zum Typhus hinzugetretene Affektion, denn sie breiten sich nicht auf den möglichen Wegen der Übertragung von einem Kranken zum anderen aus.

Zwei Arten sind zu unterscheiden: die schweren und die gutartigen Erytheme. Das schwere ist begleitet von Prostration, Diarrhöe, Erbrechen und häufig von einem Temperaturabfall. Es hat bald den morbilliformen, skarlatiniformen oder polymorphen Typus, seltener die pemphigoïden, urtikariellen, knotigen oder vesiculo-pustulösen. Beim gutartigen Erythem besteht die ganze Symptomatologie in dieser Eruption, und der Verlauf des Typhus ist gar nicht gestört. Morphologisch gleicht es ganz dem schweren Erythem und kann diesselben Ausschlagstypen annehmen.

Das Erythem ist lokalisiert an den Gliedmaßen, besonders um die Gelenke; selten befällt es Rücken, Brust und Bauch; das Gesicht bleibt stets frei. Es beginnt an den Extremitäten, die Affektion verläuft zentripetal.

Als das 13 jährige Mädchen am 15. Tage seiner durch vagierende Schmerzen im Rücken, in der Nierengegend, in den Waden, durch Cephalea, Schwindel und Ohrensausen charakterisierten Krankheit auf die medizinische Klinik in Nancy aufgenommen wurde, fand sich an den Unterschenkeln und an den Ellenbogen eine aus klein-erbsengroßen, ziemlich symmetrisch angeordneten und nicht die Knie überschreitenden und druckschmerzhaften Knötchen gebildete Eruption. Den nächsten und übernächsten Tag sind die Elemente noch zahlreicher geworden, sitzen hauptsächlich um Knie und Ellenbogen und lassen den Rumpf frei, sie sind ferner auf der Außenseite der Oberschenkel und bedecken die ganze Oberfläche der Unterschenkel. Die neuen Elemente sind der Mehrzahl nach rote Papeln, von denen mehrere auf einer ziemlich tiefen subkutanen Induration sitzen; darunter mischen sich einfach makulöse Elemente.

Der Ausschlag kam bald zum Stehen, blaßte ab und verschwand, ohne Hinterlassung von Spuren. Er hat 10 Tage gedauert. Der Allgemeinzustand ist sehr gut, es besteht nur wenig Cephalea mit Anorexie und Stuhlverhaltung. Trotz der Gutartigkeit der Symptome ist Fieber von 38—39° vorhanden. Die Diagnose eines primären polymorphen Erythems schien durchaus plausibel.

Zur Feststellung einer etwaigen abgeschwächten Septikämie wurden vom Blut Kulturen angelegt. In allen Gläsern wuchs der Eberthsche Bazillus, der dank seiner Agglutinabilität durch Typhusserum bakteriologisch charakterisiert wurde. Irgend eine andere Mikrobenart war nicht vorhanden. Es wurde daraufhin die Serodiagnose gemacht, sie war negativ; man stand indes am 22. Krankheitstag, und als sie 4 Tage später wiederholt wurde, war sie positiv. Der weitere Verlauf war konform dem eines Typhus. Weit entfernt,

nach dem Verschwinden des Erythems zu fallen, hielt das Fieber noch 12 Tage, mit Schwankungen zwischen 38° und 39°, dann zwischen 37° und 38° an, ohne daß sich irgendeine krankhafte Lokalisation gebildet hätte.

Wir haben es sonach zu tun mit einem Typhus bei einem 13jährigen Kind, der 6 Wochen dauerte, der mit transitorischen Vorläufererscheinungen begann, der charakterisiert war durch ein zwischen 38° und 39° sich bewegendes Fieber, durch eine Dissoziation von Puls und Temperatur, Stuhlverhaltung, Anorexie und Cephalea, eine so knappe Symptomatologie, daß die Krankheit vielmehr durch Zufall aufgespürt als klinisch diagnostiziert wurde; im Verlauf dieses Typhus, zu Beginn der zweiten Woche, erscheint ein polymorphes Erythem, das 10 Tage bestehen bleibt und dem gutartigen Typus angehört. Die bestimmte und ausschießliche Rolle des Eberthschen Bazillus in der Pathogenese dieses Erythems erscheint als bemerkenswerter Punkt und darf als eine Bestätigung der Ansicht verschiedener Autoren (Galliard, Rispal) über die „erythrogene" Fähigkeit der Toxine des Eberthschen Bazillus und über den typhösen und nicht sekundär infektiösen Ursprung der bei Febris continua auftretenden Erytheme angesehen werden. H. Netter (Pforzheim).

Pujol, Die Gefahren des Menthols bei Säuglingen. (La Province médicale 1911. Nr. 44.) Eine neue Beobachtung, die wieder einmal aufs deutlichste die Gefahren der Anwendung des Menthols bei Säuglingen zeigt: In den letzten Tagen des Januar, gegen ein Uhr nachmittags, wurde P. — so erzählt er der anatomisch-klinischen Gesellschaft in Toulouse — mit größter Dringlichkeit zu einem Kind gerufen, das am Ersticken war. Es handelte sich um ein 13 monatiges, prächtiges Kind, das zyanotisch, unempfindlich und kalt war. Hie und da konstatierte man noch einige sehr schwache und unvollkommene Atembewegungen, ähnlich den letzten agonalen Zuckungen. Wegen einer Bronchitis hatte das Kind Mentholsalbe zur Applikation in die Nase erhalten. Die Mutter hatte die Verordnung getreulich ausgeführt, aber unmittelbar danach wurde das Kind blau, verlor das Bewußtsein und die Atmung stand so gut wie ganz still. Nach einer Viertelstunde nahm die Respiration wieder einen regelmäßigeren Typus an. Abendtemperatur 37°; von da an ungestörter Zustand.

Die Beobachtung reproduziert in exakter Weise die Fälle, die publiziert wurden von Armand-Delille, L. Mayet, Kilian, Arloing, Ruffier, Gomet (tödlicher Ausgang), Guérra y Estapé.

Als praktische Schlußfolgerung scheint der mitgeteilte Fall die von L. Mayet aufgestellte Forderung zu rechtfertigen: das Menthol sollte absolut und endgültig aus der Kindertherapeutik verbannt werden. H. Netter (Pforzheim).

A. Moussous und **R. Dupérié,** Hydrocephalie acquise (erworbener Hydrocephalus), Ependymite aigue sero-purulente (Ependymitis acuta seropurulenta). (Journ. de méd. de Bordeaux 1911. 19. Febr.) Der erworbene Hydrocephalus der Neugeborenen infolge einer akuten Infektion der Hirnhöhlen ist ziemlich selten.

Der mitgeteilte Fall darf als typisch betrachtet werden: Es handelt sich um einen rechtzeitig, nach schwerer Geburt zur Welt gekommenen, 37 Tage alten Säugling, der im Gefolge einer kurzdauernden, von leichter Temperaturerhöhung begleiteten Verdauungsstörung eine progressive Zunahme des Schädels zeigt, während er gleichzeitig abmagert und das Gesicht eines Atrophikers annimmt. Eine Lumbalpunktion ergibt Spuren einer älteren meningealen Hämorrhagie und eine deutliche Zellreaktion der Spinalflüssigkeit.

Bei der Autopsie erweisen sich die Meningen makroskopisch unverändert; die Ventrikel dagegen sind durch Ansammlung einer seropurulenten Flüssigkeit erweitert, der Ependymkanal in Höhe des Calamus scriptorius obliteriert. Der Mikrob scheint ein Diplococcus intracellularis gewesen zu sein.

Die Autoren denken sich die Genese der Krankheit folgendermaßen: die schwierige Geburt führte zu einem Trauma der Nervenzentren; Magendarmstörungen kamen hinzu. Bekannt ist die Bedeutung der Rolle, welche den intestinalen Infektionen unter Ätiologie des erworbenen entzündlichen Hydrocephalus zukommt — meningeale Hämorrhagie — gastro-intestinale Infektion — Meningo-encephalitis.

H. Netter (Pforzheim).

W. Wegelius, Antikörperübertragung von Mutter auf Kind. (Finska Läkaresällskapels Handlingar 1911. Septbr. Bd. 53.) Nach Untersuchungen an Ziegen und Kaninchen, die mit Vibriolysin, Tetanustoxin und Koliagglutinin vor der Konzeption und während der Tragezeit aktiv und passiv immunisiert wurden, ergab sich, daß wenn Serum eines schwangeren Tieres Antikörper enthält, diese auch bei den Jungen wiederzufinden sind. Dies trifft sowohl bei aktiver Immunisierung des Muttertieres vor oder während der Gravidität als bei passiver Immunisierung zu. Die Immunität der Jungen hatte in allen Fällen einen typisch passiven Charakter und war scheinbar unabhängig von der Art der Immunisierung des Muttertiers. Ein immunisatorischer Effekt des Antigens auf die fötalen Gewebe bei aktiver Immunisierung der Muttertiere scheint somit nicht vorzukommen. Da trotz der typisch passiven Immunität der Jungen diese bei der Geburt meist einen höheren Antikörpertiter als die Muttertiere hatten, kann es sich hierbei nicht um einen einfachen diaplazentaren Filtrationsprozeß handeln. Es muß vielmehr der Plazenta eine elektive Kraft gegenüber den im mütterlichen Serum vorkommenden Stoffen zuerkannt werden. Die Übertragung von Antikörpern von der Mutter auf das Kind durch das Säugen wird, was die Ziege betrifft, verneint. Analog diesen Ziegenversuchen schließt W. für den Menschen, daß die Unempfindlichkeit gegen Scharlach und Masern während des ersten Lebensjahres sich dadurch erklärt, daß die Neugeborenen während des intrauterinen Lebens aus dem Serum der Mütter einen Fonds von Antikörpern erhalten haben, groß genug, um sie während des oben genannten Zeitraumes vor der Infektion zu schützen. (Die Untersuchungen sind ausführlich im Archiv für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 94 Heft 2 veröffentlicht worden.)

Adolph H. Meyer.

E. W. Squire, Weibliche Hämophilie. (Brit. Med. Journal 1910. Nr. 14.) Beobachtungen bei einem erblich nicht belasteten hämophilen Mädchen, das sich sehr häufig beim Hinfallen verletzte. Im Beginn des zweiten Lebensjahres trat während einer Bronchitis starke Melaena auf, im Alter von 2 Jahren eine 4 Tage dauernde heftige Blutung aus einer Rißverletzung am Finger, mit 3 Jahren spontane Blutungen aus dem Munde, die erst zessierten, dann zum Tode führten. Die Ernährung war stets gemischte Kost. Skorbut, Purpura oder ähnliches bestand nicht, auch waren keine Gliederanschwellungen vorhanden. Ein Bruder war gesund.

Wegscheider.

G. Mc Mullan (Wallingford), Großes Kystoma simplex bei einem 14jährigen Mädchen. (Brit. Med. Journal 1910. Nr. 28.) Durch Punktion wurden bei der Laparotomie 8 Liter Flüssigkeit entleert, dann ein bis zum Rippenbogen reichendes, eine große und mehrere kleine Kammern enthaltendes Kystom entfernt. Glatte Heilung.

Wegscheider.

Zs. Gerloczy, Behandlung der Skarlatina mit Dioradin III. (Orvosi Hetilap. 1911. Nr. 50, 51.) Dioradin III ist ein neues radioaktives dermotherapeutisches Mittel, das G. intramuskulär, ohne schädliche Nebenerscheinungen bei schweren Fällen von Skarlatina anwendet. 1 ccm Dioradin enthält 0,75—1,0 cg Jod, 4—8 cg Menthol und $^1/_{10}$ Tropfen stark aktive Radiumbaryumchloridlösung. Dosis nach dem Alter 0,5—2,0 ccm, nach der Schwere des Falles ein oder mehrere Mal angewendet. Da nach der Statistik der letzten 10 Jahre das beste Mortalitätsprozent 8,2 und bei Dioradinbehandlung diese Zahl 5,7 war und die mit diesem Mittel Behandelten lauter schwer Erkrankte waren, so empfiehlt G. dies Mittel auf das wärmste.

Ernö Deutsch (Budapest).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Pädiatrische Sektion.

(Nach der Deutsch. med. Wochenschrift.)

Offizielles Protokoll vom 11. Dezember 1911.

Vorsitzender: Heubner; Schriftführer: Finkelstein.

Von der Tagesordnung. Heubner: Es ist wohl unserer Anregung in der Poliomyelitisfrage zu danken, daß mir der Direktor der Medizinalabteilung im Ministerium des Innern zweimal über das Verhalten der Poliomyelitis Mitteilungen hat zugehen lassen, die auf Grund der sanitätspolizeilichen Anzeigen

festgestellt sind. Anzeigen, die aber wahrscheinlich nicht vollständig sind. Da ergibt sich, daß seit dem Oktober 1910 in Groß-Berlin immerhin 18 akute Fälle von Poliomyelitis angezeigt worden sind, und zwar 1910 im Oktober und November fünf Fälle, im Dezember zwei, im Januar 1911 fünf, im Februar einer, im März vier und Ende April einer. Danach scheint im Sommer die Poliomyelitis zurückgegangen zu sein. Daß die akute Poliomyelitis aber noch weiter in gehäufter Weise auftritt, geht schon aus diesen Mitteilungen hervor.

1. Silberstein: **Ein Fall von symmetrischer Hautgangrän bei Scharlach.** Die neunjährige Patientin erkrankte am 24. April v. J. an Scharlach. Gleich in den ersten Tagen stellte sich unter Temperatursteigerung Scharlach-Rheumatismus im linken Kniegelenk und in den Fingergelenken ein. Der Verlauf war alsdann bei außerordentlich starker Schälung bis gegen Ende der dritten Woche normal. Dann stellten sich Angst- und Erregungszustände ein, für die eine weitere Erklärung nicht zu finden war. Die Herztätigkeit war erregt, die Herztöne jedoch waren rein. Am Anfang der vierten Woche stellte sich Fieber ein, 39,3 Grad, und es zeigte sich an der rechten Wade ein blauroter Fleck von Talergröße. Schon am nächsten Tage sieht man an beiden Unterschenkeln symmetrisch von vorn um die Waden herum sich schlängelnde, etwa 6 cm breite, dunkel bis schwarzblau gefärbte Bänder, umgeben von Petechien; die Waden sind hart, geschwollen, druckempfindlich. Bei jeder Bewegung der Beine hat das Kind sehr starke Schmerzen. Ferner setzt eine hämorrhagische Nephritis ein. Die blauen Hautstellen, die der Schätzung nach zwei Drittel der Unterschenkel einnehmen und gegen die Nachbarschaft genau markiert sind, sind am dritten Krankheitstage überall mit kleinen Blasen bedeckt. Allmählich bilden sich größere, blauverfärbte Blasen; Fußrücken und Oberschenkel, am fünften Krankheitstage sogar auch die Symphysengegend, werden ödematös, fühlen sich hart an und sind druckempfindlich. Später nahm die Schwellung etwas ab, die blauroten Partien nahmen hellere Farbe an, der blutig-seröse Inhalt einiger Blasen ist in den Verbandstoffen. Das Allgemeinbefinden bessert sich. Am elften Krankeitstage sieht man nach abgelöster Epidermis beiderseits an den Waden tiefschwarz verfärbte, halbhandflächengroße Partien, die einer tieferen Nekrose entsprechen. Am zwölften Krankheitstage entsteht am rechten Oberschenkel eine Thrombose, deren Symptome: bläuliche Verfärbung, Schwellung und Schmerzen, sich schnell bessern. Am vierzehnten Krankheitstage sind die etwa 20 cm langen und im Umfange etwa 18 cm messenden brandigen Stellen teilweise aufgebrochen, so daß man schon granulierende Stellen sieht. Unter starker Sekretion zerfallen die schwarzen mumifizierten Partien und hängen als große Fetzen an den Waden herab. Es tritt immer mehr leicht blutendes Granulationsgewebe hervor. Man kann jetzt mit Bestimmtheit erkennen, daß die Gangrän nur die Cutis und an einigen Stellen oberflächlich die Muskulatur ergriffen hat. Anfang der vierten Woche war die Nephritis geheilt, anfangs der fünften Woche war der linke Unterschenkel von gangränösen Stellen völlig frei. Mitte der sechsten Woche setzte wiederum am rechten Oberschenkel eine Thrombose ein, die gleichfalls sich schnell besserte. Am 23. Juli, also nach dreimonatigem Krankenlager, wurde die Patientin aus dem Bette gebracht, begann mit Kriechbewegungen, machte alsdann 14 Tage später zwischen Stühlen die ersten Gehversuche. Nach sechs Monaten waren an beiden Waden noch etwa markstückgroße Granulationsflächen, die drei Wochen später völlig geheilt waren. Es handelte sich also um einen Fall von ausgedehnter symmetrischer Hautgangrän der Unterschenkel bei gleichzeitig bestehender hämorrhagischer Nephritis im Verlauf des Scharlachs, der in seinem Beginn schon Rheumatismus und später zweimal Thrombosen als Komplikation zeigte. Wie selten Gangrän bei Scharlach auftritt, kann man daraus ersehen, daß die meisten Lehrbücher der Kinderheilkunde und Monographien über Scharlach sie gar nicht erwähnen. Henoch beobachtete das seltene Auftreten von Hautgangrän als Decubitus. Baginsky erwähnt kurz multiple Hautgangrän als seltene Komplikation des Scharlachs. Heubner hat seinen ersten und einzigen Fall im Jahre 1908 in der Gesellschaft der Charité-Ärzte vorgestellt. Hier handelte es sich um eine einseitige Gangrän von 9 cm Länge und 8 cm Querdurchmesser am Ellbogen mit Ausgang in Heilung. Von den in der Literatur gesammelten 14 Fällen (diesen Fall inbegriffen) sind fünf gestorben, fünf mit Amputation und vier ohne Funktionsstörung geheilt. Die Prognose ist also keine besonders günstige. Mehreren Fällen gemeinsam ist das Auftreten von entzündlich-rheuma-

tischen Erscheinungen gleich in der ersten Woche unter Temperatursteigerung und Pulsbeschleunigung, welch letztere auch nach Abklingen des Fiebers noch bestehen bleibt. Jürgensen deutet den Allgemeinzustand als septischen, und mehrere Autoren fanden in ihren Fällen Streptokokken. Als Entstehungsursache scheint eine durch Toxine bedingte Schädigung des kapillaren bzw. präkapillaren Gefäßsystems eine Rolle zu spielen. Prädisponierend mag in diesem Falle eine angeborene Schwäche im Blutgeäfßsystem mitgewirkt haben. Die Mutter des Kindes hatte stets anämische, wachsgelbe Gesichtsfarbe und einige Stunden nach der Geburt dieses Kindes eine schwere atonische Blutung, die jüngere siebenjährige Schwester hatte im vorigen Jahre nach Windpocken schweren Morbus maculosus mit starkem Nasenbluten und reichlichen Sugillationen an den Beinen. Zum Schluß folgt die Vorführung einiger Lichtbilder, eines bunten Bildes vom fünften Krankheitstage, das A. Samter aufnahm, und dreier anderer Photographien vom siebzehnten Krankheitstage, die B. Lewy lieferte.

Diskussion. Cassel: Ich habe auf Veranlassung des Kollegen Silberstein den Fall gesehen und kann bestätigen, daß das Bild ganz erschreckend war. Die schmutzig braunroten, gangränösen Herde, die offenliegenden Gefäße, aus denen mehrmals täglich Blutungen erfolgten, die schwere Alteration des Allgemeinbefindens, das Darniederliegen des Kräftezustandes, ließen den Fall als einen ganz besonders schweren erscheinen. Ich habe damals — und ich glaube, das hätte wohl auch ein jeder von Ihnen getan — die Prognose als infaust bezeichnet und war daher um so freudiger überrascht über den günstigen Ausgang und darüber, daß es Kollegen Silberstein gelungen ist, den Fall zu diesem glücklichen Ende zu führen. Ich hatte mir damals den Vorschlag erlaubt, die Anwendung eines permanenten Wasserbades zu empfehlen, weil ich glaubte, daß auf diese Weise die Gangrän schneller heilen könnte. Die Tatsachen haben mich widerlegt: es ist dem Kollegen gelungen, mit relativ einfachen Mitteln den Fall zu heilen. — Heubner: Der Fall verdient großes Interesse; den von mir beobachteten hat der Vortragende erwähnt; er war nicht symmetrisch, aber multipel hämorrhagisch. Gangränös wurde aber nur eine Stelle. Diese bot das nämliche Bild, wie es eben geschildert wurde. Hier ist die blaue Verfärbung wohl auch in noch größerem Umfange sichtbar gewesen als die nachherigen Nekrosen? Silberstein (Schlußwort): Nein, es waren überall Nekrosen, überall, wo die blaue Verfärbung war, überall war Gangrän.

2. Bendix: a) **Barlowsche Krankheit.** Der Vortragende stellt einen Fall von Barlowscher Krankheit bei einem elfmonatigen Kinde vor, das bei seiner Aufnahme in die Charlottenburger Säuglingsklinik am 24. November 1911 den gesamten Symptomenkomplex der vollentwickelten Erkrankung darbot. Der Fall war dadurch besonders ausgezeichnet, daß fast das gesamte Körperknochensystem an der Erkrankung beteiligt war. Als etwas äußerst Seltenes muß die Beteiligung des Schläfenbeins mit dem Processus zygomaticus, des Jochbeins selbst, des Oberkiefers mit der Gesichtsfläche und des Unterkiefers mit seinem oberen Rande gelten. Die Beteiligung der Gesichtsknochen in dieser Massigkeit ist nach Meinung des Vortragenden überhaupt noch nicht beschrieben worden. Ätiologisch ist an dem Fall interessant, daß als Ursache der Erkrankung eine ganz bstimmte Art fehlerhafter und einseitiger Ernährung nachzuweisen war. Anamnestisch ist hervorzuheben, daß das Kind, geboren am 5. Januar 1911, fünf Wochen Brustnahrung, darauf Kuhmilch in verschiedener Verdünnung erhielt. Dauernd dyseptische Zustände. Von März an Krämpfe, die sich von Woche zu Woche häuften und stärker wurden. Ärztliche Verordnung: Aussetzen der Milch, dafür Kufeke-Mehlabkochung, Gemüse und Fruchtsäfte. Gemüse und Säfte wurden von der Mutter nicht gegeben, dagegen von Anfang Juli bis Mitte November die einseitige Ernährung mit Kufeke-Mehlabkochung festgehalten. Am 18. November schrie das Kind nach Aussage der Mutter, „wenn man es anrührte und lag wie gelähmt da". Es entwickelte sich in wenigen Tagen das ausgeprägte Bild des Morbus Barlowii mit schwerer Anämie, Zahnfleichblutungen, Blutungen in die Orbita, in das rechte obere Augenlid, ausgebreiteten Knochenanschwellungen, Darm- und Nierenblutung. Demonstration des Kindes selbst, eines farbigen Bildes und einer Photographie in natürlichen Farben. Das Röntgenbild läßt deutlich den dunklen Schatten als Ausdruck der pathologischen Markveränderung an der Knorpelknochengrenze erkennen. Die Behandlung mit roher Milch erzielte schnelle Besserung innerhalb sieben Tagen. Durch Einschieben einer sechstägigen Mehl-

periode wurde der Heilungsprozeß wieder aufgehalten, und es trat eine neue Nierenblutung auf. Somit darf wohl in diesem Falle die einseitige Ernährung des Kindes mit Kufeke-Mehl, $4^1/_2$ Monate hindurch, als auslösende Ursache der Erkrankung verantwortlich gemacht werden.

Diskussion. Paul Fränkel berichtet kurz von einem Barlow-Fall bei einem $8^1/_2$ Monate alten Knaben, der außer Hämaturie, typischen Erscheinungen am Zahnfleisch und Schwellungen an den Rippen, beiden Unter- und Oberschenkeln sowie beiden Unterarmen das seltene Vorkommen einer Auftreibung am linken Os parietale zeigte. Alle diese Symptome sind bei entsprechender Diät in etwa 14 Tagen glatt zurückgegangen. — Heubner: Der Versuch mit der Beeinflussung der Verschlimmerung der Symptome durch Rückkehr der Mehlnahrung in dem Falle B. ist gewiß von Interesse. Fraglich ist nur, ob es gerade die Eigenschaft des Mehles und nicht die Wiedereinführung einer überhaupt unpassenden Nahrung gewesen ist, die den Rückfall herbeigeführt hat. Ich bin immer der Meinung gewesen, daß die bloßen Schädlichkeiten der Nahrung nicht genügen, um zur Erkrankung an der Barlowschen Krankheit zu führen, es muß noch ein unbekanntes X dabei sein, um diesen Effekt zu erzielen.

b) **Apparat zur Rektalinstillation bei Säuglingen.** Der Vortragende demonstriert einen Apparat zur Rektalinstillation bei Säuglingen. Er besteht aus einem Maßzylinder mit abführendem Schlauch, der an seinem unteren Ende eine regulierbare Tropfvorrichtung trägt, an die sich der in das Rektum einzuführede Nelatonkatheter anschließt. Da der abfließende Tropfen auf seinem langen Wege vom Zylinder, der mit heißer Flüssigkeit gefüllt wird, bis unten stets abgekühlt ist, hat der Vortragende gleich hinter der Tropfvorrichtung einen Thermophorzylinder eingeschoben. Die Erwärmung des Tropfens wird deshalb für wichtig gehalten, weil sicherlich ein Teil der Schwierigkeiten, die sich bei der Rektalinstillation bei Säuglingen durch Reiz auf den unteren Darmabschnitt ergeben (Durchfälle, Intertrigo, Herauspressen des Schlauches, Abfließen der instillierten Flüssigkeit geraume Zeit nach der Instillation), auf Kältewirkung zurückzuführen sind. Die Rektalinstillation wurde verwendet bei starken Wasserverlusten, insbesondere durch Diarrhöen, bei habituellem und unstillbarem Erbrechen, beim Pylorospasmus, bei Inappetenz. Die verwendeten Flüssigkeiten bestehen in Kochsalzlösungen und Milch, insbesondere Frauenmilch.

Diskussion. Noeggerath sieht auch zuweilen Schwierigkeiten, ist aber im allgemeinen mit der Methode zufrieden.

Bahrdt bestätigt die Erfahrungen von Thies, Martin und Brünings, daß dann, wenn beim Dauereinlauf die Resorption physiologischer Kochsalzlösung oder Ringerscher Lösung nicht mehr gut vor sich geht, oft noch eine hypotonische Lösung gut resorbiert wird. B. erinnert ferner daran, daß nach den Untersuchungen von Martin (Münchner med. Wochenschrift 1911, S. 949) und von Brünings (ebenda, S. 1302) die Erwärmung, die sich übrigens auch sehr bequem mit elektrischen Wärmeapparaten erzielen ließe, nicht nötig ist, da die Lösung, wenn sie richtig, d. h. tropfenweise ausfließt, doch schon im Katheterrohr Körpertemperatur annimmt.

Finkelstein hat ein anderes Modell des Tropfpaparates seit langem angewendet; eingetropft wurde eine Modifikation der Ringerschen Lösung, zuweilen auch Molke. Er ist leidlich zufrieden gewesen, wenn auch manche Kinder den Katheter zuweilen herauspressen und hier und da einmal vermehrte Stühle eintreten. Indikationen sind namentlich unstillbares Erbrechen bei Pylorospasmus und Brechdurchfall sowie erschwerte Flüssigkeitszufuhr überhaupt, beispielsweise bei schwerer Pyelocystitis mit Verweigerung des spontanen Trinkens. Er pflegt nur kurze Zeit einzutropfen, gewöhnlich zweimal täglich etwa 1 bis $1^1/_2$ Stunden lang. Auf diese Weise können jeweils bis zu 150 g, also zusammen 200 bis 300 g einverleibt werden. Ganz dünne Katheter wurden oft besser geduldet als stärkere. Bei der Erwärmung kann man einfach einen gewöhnlichen Bierwärmer in den Irrigator stellen und den Schlauch im Bett zwischen oder um Wärmkruken herumlegen.

Oberwarth empfiehlt zur Instillation mit gleichen Teilen Wasser verdünnte Ringersche Lösung. Diese hypotonische Lösung wird gut resorbiert und reizt nicht, im Gegensatz zu Kuhmilch und Molke. Er läßt zweimal täglich etwa eine Stunde lang eintropfen und hat damit bei Pylorospasmus gute Erfolge. Unge-

eignet ist die Methode in Fällen, wo eine krankhafte Darmreizung vorliegt. Diese wird durch das Tropfklystier gesteigert, auch wird die instillierte Flüssigkeit zum großen Teil wieder ausgepreßt. O. benutzt einen heizbaren Irrigator. Dauernde Kontrolle ist während des Darmeinlaufes erforderlich. O. hat gesehen, daß ein Schlauch abglitt und der heiße Irrigatorinhalt das Kind verbrühte. Es wird deshalb während der ganzen Dauer der Instillation eine Wärterin ans Bett gesetzt, die den Apparat im Auge behält und auch die Wasserwärme im Irrigatorschlauch kontrolliert.

Bendix (Schlußwort): Der Vortragende hat durch seine Demonstration nicht etwa die Absicht gehabt, die Rektalinstillation zu verdammen. Er wollte speziell die Erfahrungen der Kollegen hören, und ist ihnen für ihre Äußerungen dankbar. So ganz kann sich B. dem Urteil der Vorredner allerdings nicht anschließen. Trotzdem er stets alle betonten Vorsichtsmaßregeln angewendet hat, hat er alle die Mängel gesehen, die er behauptet hat. Auch B. instilliert nur kleinere Mengen auf einmal, meist nicht mehr als 50 g, zwei- bis dreimal am Tage, je nachdem es erforderlich ist, weil er gefunden hat, daß größere Mengen vom Darm nicht mehr gehalten werden. B. glaubt auf keinen Fall, daß eine Flüssigkeit, die oben in den geheizten Irrigator hineingegossen wird, nach dem langen Wege durch den Schlauch unten warm in das Rektum des Säuglings einfließt. Das hat er zu oft ausprobiert. Der Tropfen ist unten stets absolut kalt. Der Vortragende hat gleichfalls wie Finkelstein versucht, den Schlauch über eine Wärmkruke gehen zu lassen. Das erfüllt ja auch einigermaßen seinen Zweck. Doch ein kleiner, handlicher Apparat, wie der Thermophor, der horizontal ins Bett gelegt wird, erfüllt den Zweck besser als die Wärmkruke, schon deshalb, weil keine Verschiebungen des Schlauches dabei stattfinden können. Wie alle anderen hat B. gleichfalls immer die entgiftete Ringersche Salzlösung verwendet. B. wird selbstverständlich die Instillation bei Säuglingen auch weiterhin anwenden, um so mehr, da er dasselbe beobachtet hat wie Noeggerath, daß nämlich bei einer Zahl von Säuglingen die Methode ohne jede Schwierigkeit und ohne jede Schädigung des Säuglings durchzuführen ist, — allerdings eine andere Zahl existiert, die sie sehr schlecht verträgt.

8. Sommerfeld (a. G.): **Zur Infektionsdauer der Diphtherie.** Der Vortragende hat an dem Material des Städtischen Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses Untersuchungen angestellt über die Häufigkeit der Diphtheriebazillenträger, über Bazillenpersistenz bei Kindern und deren Angehörigen. Die Gefährlichkeit der Bazillenträger ist bekannt. Bei der Prüfung von 368 gesunden, nachweislich seit langen nicht an Diphtherie oder „Halsentzündung" erkrankt gewesenen Kindern fand man acht Bazillenträger, welche schon längere Zeit auf Abteilungen für nicht infektiöse Kranke gelegen hatten. Vermutlich handelte es sich bei diesen Fällen um Dauerausscheider oder um Einschleppung durch besuchende Angehörige. Eine Weiterverbreitung der Bazillen oder eine Erkrankung an Diphtherie fand nicht statt. Der Befund spricht nicht etwa für die seinerzeit von v. Behring behauptete Ubiquität der Diphtheriebazillen. Bazillenträger finden sich sonst nur in der Umgebung von Diphtheriekranken. Als in einem Saal der chirurgischen Station ein Patient an Diphtherie erkrankte, fand man schon 24 Stunden nachher bei 5 von 23 Kindern Bazillen. Ein Teil der auf der Diphtherieabteilung behandelten Kinder muß nach erfolgter klinischer Heilung aus Mangel an Platz, und vor allem wegen der den Eltern erwachsenden hohen Kosten mit Bazillen entlassen werden. Unter allen Kindern, die länger als 14 Tage auf der Abteilung gelegen hatten, waren bei der Entlassung über 20 % noch Bazillenträger. Aber auch ein hoher Prozentsatz der Angehörigen hatte am Entlassungstage der Kinder selbst Bazillen (über 40 %), und 19 mal hatte zwar das geheilt entlassene Kind keine Bazillen, wohl aber eins der abholenden Familienmitglieder, einzelne dieser noch nach drei Monaten. Es hat also wenig Zweck, die Patienten bis zur Bazillenfreiheit zu isolieren, da man nicht verhindern kann, daß sie zu Hause wieder in ein Milieu von Bazillenträgern hineinkommen. Auf Grund langjähriger Erfahrungen wird die Entlassung der Kinder aus der Diphtherieabteilung des Krankenhauses in folgender Weise gehandhabt: 1. Kinder, welche als klinisch geheilt anzusehen, gekräftigt und erholt sind, werden zu ihren Angehörigen entlassen, gleichgültig, ob sie Bazillenträger sind oder nicht. Bei der Entlassung wird den Angehörigen gesagt, daß sie das Kind noch einmal vorzustellen haben, und daß es für Kind und Angehörige geboten ist, häufig zu gurgeln und überhaupt der Zahn- und Mundpflege möglichste Aufmerksamkeit zuzuwenden. Durch ärzt-

liches Attest wird dafür gesorgt, daß das Kind noch längere Zeit der Schule fernbleibt. 2. Kinder, welche aus Internaten, Waisenhäusern und ähnlichen Anstalten aufgenommen wurden, bleiben im Krankenhause, bis sie bazillenfrei sind. 3. Kinder, welche aus irgendwelchem Grunde von der Diphtherieabteilung nach anderen Stationen (innere, äußere z. B.) verlegt werden müssen, kommen zunächst auf die Quarantänestation und verbleiben dort, bis sie keine Bazillen mehr haben. Die Behauptung, daß die bei Bazillenträgern gefundenen Bazillen nicht oder wenig virulent sind, ist nicht zutreffend. Von dem Schleimhäuten Gesunder gezüchtete Bazillen sind im Tierversuche ebenso pathogen wie die von diphtherischen Belegen stammenden. Wirksame Mittel, die Bazillen von den Schleimhäuten schnell und sicher zu entfernen, gibt es bisher nicht. Alle dahin zielenden Versuche: mit bakterizidem Serum, Pyocyanase, Formamint, Wasserstoffsuperoxyd und aus solchem hergestellten Präparaten ergaben keine befriedigenden Resultate. Zur Bekämpfung der Ausbreitung der Diphtherie in geschlossenen Anstalten ist die Auffindung und Isolierung der Bazillenträger von großem Wert und dringend nötig. Das Schließen der Schulklassen und die Entfernung des Kindes aus dem Unterricht hat nur einen bedingten Wert, wenigstens in der Großstadt, und besonders in den Stadtvierteln, aus denen das Material zu diesen Untersuchungen stammt. Hier wohnen, räumlich sehr beschränkt, in den Häusern oft fünfzig bis hundert Familien mit zahlreichen Kindern, so daß es unmöglich ist, den innigen Kontakt während der schulfreien Zeit zu verhindern.

Diskussion. Cassel: Was ein Bazillenträger in einer Säuglingsanstalt für Unheil anrichten kann, habe ich im voriges Jahr in meiner Anstalt beobachten können. In dieser Anstalt, die mit 55 Säuglingen zur Zeit gefüllt war, außerdem mit zehn Wärterinnen und zehn stillenden Müttern, brach eine Diphtherie aus; es erkrankte zunächst ein Säugling. Der Fall wurde ziemlich früh erkannt, und es wurden sämtliche Insassen der Anstalt immunisiert, sämtliche Säuglinge und Erwachsenen. Aber außerdem wurde mit Hilfe des Kollegen Dietrich vom Charlottenburger Untersuchungsamt eine bakteriologische Untersuchung sämtlicher Insassen vorgenommen. Bei dieser Gelegenheit wurde unter den Säuglingen eine Anzahl von Bazillenträgern eruiert, die nicht erkrankt waren; sie wurden aus der Anstalt entfernt. Es wurde aber auch das Personal untersucht, und da stellte es sich zu unserer großen Überraschung heraus, daß keine von den Pflegerinnen und keine von den Müttern Diphtheriebazillen beherbergte, aber unsere Köchin (Heiterkeit). Die Köchin der Anstalt, die keine klinischen Symptome darbot und sich ganz gesund fühlte, war eine Bazillenausscheiderin und mußte aus der Anstalt entfernt werden. Damit war die Sache aber nicht abgetan. Die Anstalt mußte gesperrt werden, und wir hatten mehrere Monate lang mit Diphtheriebazillenträgern und auch mit einzelnen Diphtheriekranken zu tun. Das zog sich so hin bis etwa zum Monat Mai. Wir haben die Sache aber ganz gut überstanden; denn von sämtlichen Bazillenträgern ist nur ein Säugling an einer katarrhalischen Pneumonie im Gefolge der Diphtherie zugrunde gegangen. Die anderen Kinder, die zum Teil bei uns bleiben mußten, weil man sie nirgends unterbringen konnte, blieben gesund. Sie wissen ja, daß gerade kranke Säuglinge nicht so leicht in Berlin untergebracht werden können, namentlich wenn erst die Ortsangehörigkeit festgestellt werden muß, — darüber kann unter Umständen ein Prozeß von neun Monaten geführt werden. So sind wir denn schließlich aus der Kampagne ganz gut hervorgegangen. Die Sorge war eine viel größere als die Gefahren, die sich nachher herausgestellt haben. Aber es ist doch wichtig, wie schon ausgeführt wurde, solche Bazillenträger in geschlossenen Anstalten herauszufinden. Die Desinfektion ist von nur sehr beschränktem Wert. Wir haben ja auch aus gesetzlichen Gründen die Desinfektion der Räume vielfach vorgenommen, was in einer Anstalt leichter möglich ist als in einer Familie: die Fußböden sind glatt und fest, die Wände haben Ölanstrich usw., die Desinfektion macht viel weniger Schwierigkeiten, und trotzdem sind doch immer wieder einzelne Diphtheriefälle vorgekommen. Es hat sich gezeigt, daß die Desinfektion im allgemeinen nicht viel nützt. Die warmen Sonnenstrahlen des letzten Sommers haben entschieden mehr geleistet als die Desinfektionen.

A. Dietrich: Die letzten Jahre haben den bakteriologischen Untersuchungsämtern reiche Gelegenheit geboten, sich mit dem Problem der Bazillenträger bei Diphtherie zu beschäftigen. Es ist zunächst als sicher anzusehen, daß die Dauer der Infektionsmöglichkeit bei Diphtherie mit der Dauer der Bazillenausscheidung

zusammenfällt. Zweitens ist unbedingt daran festzuhalten, daß Bazillendauerausscheider immer im Zusammenhang mit Diphtherieerkrankungen stehen. Gesunde Bazillenträger ganz ohne Zusammenhang mit Diphtherieerkrankungen gibt es nach unseren Erfahrungen nicht, sondern bei allen Diphtheriebazillenausscheidern, die wir gesehen haben, ließ sich ohne Schwierigkeit eine Beziehung zu Diphtherieerkrankungen nachweisen. Drittens aber ist es zweifellos, daß durch Bazillenträger die Diphtherie weiter getragen werden kann, wenn auch nicht weiter getragen werden muß. Von vielen Beispielen sei eins angeführt: In einer Mädchenschule flackerte, trotz des vielgerühmten langen Schulschlusses über Weihnachten, die Diphtherie nach Neujahr wieder auf. Bei methodischer Untersuchung der befallenen Klassen fanden wir einen großen Prozentsatz von Bazillenträgern, und interessanterweise erwies sich der Gesangslehrer als Bazillenträger, der die Gewohnheit hatte, sich von den Kindern direkt ansingen zu lassen, anderseits auch selbst die Kinder ansang (Heiterkeit), der also den lebhaftesten Austausch der Bazillen bewirkte; er selbst war nie erkrankt gewesen. Mit der Ausschaltung der Bazillenträger in dieser Schule sank auch die Zahl der Erkrankungen bis auf drei herunter, — also ein Zeichen dafür, daß hier die Erkrankungen mit dem Vorhandensein der Bazillenträger in innigem Zusammenhange standen. Einen zweiten Fall beobachteten wir in einer geschlossenen Anstalt. Dort traten acht Erkrankungen unter 25 Kindern in kurzer Zeit nacheinander auf. Unter anderen wurde die Kindergärtnerin als Bazillenträgerin erkannt. Nach deren Absonderung kamen nur noch zwei Fälle vor, und zwar betraf eine Erkrankung einen Bazillenträger, 14 Tage später. Das zweite Kind war der Bruder eines anderen Bazillenträgers, der uns bei der ersten Untersuchung wohl entgangen war. Dann aber kamen keine Erkrankungen mehr vor. Auch hier haben wir also den innigen Zusammenhang der Dauerausscheider bzw. der Bazillenträger mit der Diphtherieepidemie. Nun ist es zweifellos, daß sich die hygienischen Maßnahmen der Diphtheriebekämpfung auf diese Tatsachen stützen müssen. Wir müssen es zu verhindern suchen, daß durch die Bazillenträger die Bazillen weiter verschleppt werden. Wir können das im allgemeinen nur in beschränktem Maße erreichen. Vor allen Dingen ist es schwer durchzuführen, die Kranken so lange im Krankenhause zu belassen. Aber eine Kontrolle kann von seiten der Schule ausgeübt werden, und wir haben in Charlottenburg hierauf weitgehende Maßregeln gegründet. Es wird in Charlottenburg kein Kind zum Schulunterricht zugelassen, bei dem nicht durch eine zweimalige Untersuchung seitens des Untersuchungsamtes die Freiheit von Bazillen festgestellt ist. Sommerfeld hat diese Maßregel gering eingeschätzt, weil die Kinder ja daheim und auf der Straße nicht isoliert bleiben, aber es zeigt doch die praktische Erfahrung, daß wir damit etwas erreichen. Wir haben aufkeimende Epidemien ziemlich leicht unterdrückt. So traten kürzlich in einer Schulklasse in wenigen Tagen fünf Fälle auf. Wir fanden bei 33 % der Kinder Diphtheriebazillen, und seit Ausschaltung dieser Bazillenträger ist kein Fall von Diphtherie mehr vorgekommen. Auch diese Maßregel hat ihr Ende bei den hartnäckigen Dauerausscheidern, es sind aber nur vereinzelte über acht Wochen hinaus. Wenn bei solchen durch den Zwang der Fernhaltung von der Schule, erzieherisch auf die Pflege des Rachens usw. eingewirkt ist, scheint die Gefährlichkeit nur noch gering zu sein. Meiner Überzeugung nach ist ein Bazillenträger, der wirklich sorgfältig seinen Mund und Rachen pflegt, eine kleine Gefahr gegenüber dem nachlässigen Dauerausscheider, der nicht durch Untersuchung kontrolliert ist. Selbstverständlich können wir mit solchen Maßregeln keine absoluten Erfolge erzielen, vor allem, da der Kampf gegen die Diphtherieverbreitung in den Schulen nur einen Teil der gesamten Diphtheriebekämpfung bildet. Aber wir haben immerhin hier etwas Erreichbares vor uns und müssen dies anstreben.

Baron spricht gegen den Wert der in Charlottenburg bestehenden Verfügung, daß die Kinder die Schule erst wieder besuchen dürfen, wenn zwei aufeinanderfolgende Untersuchungen keine Bazillen mehr ergeben haben. Die Kinder, die sich wohl fühlen, spielen bereits am Vormittage auf der Straße mit anderen resp. nehmen, wie an einem konkreten Fall angeführt wird, an einem Kindergeburtstage teil.

Jochmann kann sich den Anschauungen des Vortragenden nicht anschließen. Er bestätigt zunächst auf Grund eigener Erfahrungen die Tatsache, daß Bazillenträger virulente Bazillen und nicht etwa nur harmlose Parasiten beherbergen, daß

also eine Gefahr für die Umgebung vorhanden ist. Denn er hat zu verschiedenen Malen Hausinfektionen durch bazillentragende Diphtherierekonvaleszenten entstehen sehen. Auch erinnert er an das von Fischer (Kiel) publizierte Beispiel von einem Automaten-Restaurant, in welchem sich zwölf Personen mit Diphtherie infizierten, und als man der Ursache nachging, zeigte sich dabei, daß von 15 dort angestellten Personen sieben Bazillenträger waren. J. hat auf der Infektionsabteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses bisher den Grundsatz vertreten, daß Diphtherierekonvaleszenten im allgemeinen nicht eher zu entlassen sind, als bis sie bei dreimaliger Untersuchung frei von Diphtheriebazillen gefunden werden. Nach seinen Beobachtungen an einem Material von etwa 400 Diphtheriekranken im Jahr verlieren 85 % der Fälle ihre Bazillen bis zum 21. Krankheitstage, 15 % der Rekonvaleszenten behalten die Bazillen länger, manche verlieren sie in der vierten Woche, und vereinzelte Falle behalten ihre Bazillen fünf, sechs, sieben Wochen und noch länger. Es sei klar, daß man solche Ausnahmen, die über viele Wochen Bazillen haben, in der Regel nicht im Krankenhause behalten könne; aber das Gros der Diphtherierekonvaleszenten könne man ohne Schwierigkeit so lange im Krankenhause zurückbehalten, bis sie bazillenfrei und also nicht mehr ansteckend sind. Bei den allermeisten Fällen handle es sich ja nur um drei Wochen. Wenn man, wie Sommerfeld vorschlage, alle Kinder ohne Rücksicht auf die Bazillenpersistenz entlassen würde, so würden dadurch die Infektionsquellen ungeheuer vermehrt; entlasse man die Diphtheriekranken schon nach acht bis zehn Tagen, so schicke man eine Unzahl von Bazillenträgern ins Volk, die die Seuche weiterverbreiten. Behalte man aber die Kinder nach Möglichkeit so lange im Krankenhause, bis sie bazillenfrei sind, so vermindere man die Quellen der Ansteckung. Auch durch die Platzfrage dürfe man sich nur ganz ausnahmsweise bestimmen lassen, von dieser hygienischen Forderung abzuweichen. Man habe sich im Rudolf Virchow-Krankenhause durch die Aufstellung von Döckerschen Baracken geholfen, die mit Rekonvaleszenten belegt werden, und habe dadurch nahezu 50 Betten gewonnen. Daß die Vernachlässigung der Bazillenpersistenz und die frühzeitige Entlassung der Kinder zur Verbreitung der Krankheit tatsächlich beitrage, könne man auch aus folgender Beobachtung ersehen. Häufig seien erwachsene Diphtheriekranke im Virchow-Krankenhause eingeliefert worden, die angaben, ein paar Tage vorher sei ein an Diphtherie erkrankt gewesenes Kind nach Hause gekommen, das in einem anderen Krankenhause nach acht- bis zehntägigem Aufenthalt als geheilt entlassen worden sei. Solche Beispiele seien eine Mahnung, bei der Entlassung der Diphtherierekonvaleszenten der Frage der Bazillenpersistenz nach wie vor größte Aufmerksamkeit zu schenken und damit die Weiterverbreitung der Seuche nach Möglichkeit zu verhindern. (Schluß folgt.)

Medizinischer Verein in Greifswald.

Offizielles Protokoll vom 4. November 1911.

(Nach d. Deutschen med. Wochenschr.)

Vorsitzender: Grawitz; Schriftführer: Kochmann.

1. Löhlein: **Über die beim Trachom und der Blennorrhoe der Neugeborenen beobachteten Epitheleinschlüsse.** L. kommt auf Gruud seiner klinischen und tierexperimentellen Erfahrungen zu folgenden Schlüssen: 1. Mit ziemlicher Sicherheit auszuschließen ist die ätiologische Bedeutung der Einschlüsse für das Trachom. Denn obwohl bei den meisten Impfungen mit einschlußhaltigem Trachommaterial auf die Affenbindehaut die Einschlüsse nicht anwuchsen, entwickelte sich

gerade in den Fällen mit nagetivem Einschlußbefund regelmäßig auf der geimpften Conjunctiva die als Wirkung des Trachomvirus auf die Affenbindehaut bekannte follikuläre Erkrankung. Auch die Tatsache, daß nicht so ganz selten auch bei ganz frischen Fällen von menschlichem Trachom und bei akuten Rezidiven die Einschlüsse dauernd vermißt werden, anderseits, wo sie auftreten, ihr Vorhandensein meist im Gegensatz zu dem schweren, chronischen Verlauf des Leidens nur ein vorübergehendes und spärliches ist, sprechen dagegen, daß wir in den Einschlüssen den Erreger des Trachoms vor uns haben. 2. Ganz anders liegt die Frage für die sogenannte Einschlußkonjunktivitis der Neugeborenen: Bei allen Übertragungen von einschlußhaltigem Material der Blennorrhoea neonatorum auf die Bindehaut des Pavians wurden die charakteristischen Einschlüsse auf der geimpften Affenbindehaut reichlich und meist lange Zeit hindurch gefunden. Gleichzeitig entwickelte sich klinisch eine in der Regel sehr gutartige, zur Rückbildung neigende lokale Entzündung. Dies experimentelle Ergebnis und die klinische Erfahrung, daß bei Einschlußerkrankung der Neugeborenen die Körperchen in der Regel außerordentlich zahlreich und auch während der späteren Stadien der Krankheit vorhanden sind, legt bei dem Fehlen eines anderen bekannten, ätiologischen Faktors die Vermutung nahe, daß bei dieser Erkrankung den Einschlüssen möglicherweise eine Erregerrolle zugeschrieben werden darf. 3. Die gelegentliche Beobachtung eines im klinischen Verlauf und im histologischen Befunde der Einschlußkonjunktivitis der Neugeborenen gleichen Prozesses beim Erwachsenen, der durch lange Zeit hin Einschlüsse in großer Menge nachzuweisen erlaubte, läßt daran denken, daß unter den als Trachom bezeichneten Erkrankungen des Erwachsenen Fälle vorkommen, die vom Trachom abgesondert werden müssen und die mit der Einschlußkonjunktivitis des Neugeborenen in eine Gruppe zu rechnen sind. 4. Am wahrscheinlichsten erscheint mir nach diesen Befunden die Annahme, daß wir in den Einschlußgebilden Mikroorganismen zu sehen haben, die auf verschiedenen Schleimhäuten relativ gutartige, chronische Entzündungsprozesse auszulösen vermögen, welche im wesentlichen in Erkrankungen des Epithels mit sekundärer reaktiver Wucherung derselben und plasmazellulärer Infiltration des subepithelialen Gewebes bestehen. Diese Mikroorganismen kommen vor als Erreger gutartiger chronischer Harnröhren- und Scheidenkatarrhe und können intra partum übertragen eine Einschlußkonjunktivitis Neugeborener hervorrufen. Selten findet sich das gleiche Krankheitsbild beim Erwachsenen. Das Vorkommen der Einschlüsse bei vielen frischen Trachomfällen dürfte wohl als eine durch das noch unbekannte Trachomvirus begünstigte Mischinfektion anzusehen sein. Es versteht sich, daß diese Deutung der Einschlußbefunde weiterer Beweise bedarf, doch glaubt L., daß sie die bisherigen Befunde am ehesten zu erklären und für weitere Versuche als Grundlage zu dienen vermag.

2. Vorpahl: **Über Melaena neonatorum.**[1]) V. demonstriert mikroskopische Präparate vom Ösophagus eines Kindes, welches nach einer normal und leicht verlaufenen Geburt am dritten Lebenstage innerhalb weniger Stunden unter dem klinischen Bilde der Melaena gestorben war. Bei der Sektion wurden der Magen und der gesamte Darm mit dunklem Blut prall angefüllt gefunden. Das Blut stammte aus dem Ösophagus, in welchem unter der intakten Schleimhaut zahlreiche, bereits mit bloßem Auge erkennbare variköse erweiterte Venen gefunden wurden. Diese äußerst dünnwandigen Venen liegen in der Hauptsache dicht unter dem Epithel der Speiseröhre, oft so dicht gedrängt, daß die mikroskopischen Bilder an ein Hämangiom erinnern. Da keine andere Ursache für die Erweiterung der Venen gefunden worden ist (Pfortader und Leber waren normal), so nimmt Vortragender an, daß es sich um eine Mißbildung der Venen, um angeborene Phlebektasien handelt. Dieser Fall von Melaena neonatorum ist bis jetzt der einzige in seiner Art. Zugleich bringt er den Beweis für die früher schon mehrfach ausgesprochene Vermutung, daß gewisse Formen von Phlebektasien des Verdauungstraktus angeborene Veränderungen sein möchten.

3. Stephan: **Melaena neonatorum** (mit Demonstration). Einschließlich des vorstehend von Dr. Vorpahl geschilderten pathologisch-anatomischen Befundes bei Melaena neonatorum wurden in letzter Zeit in der Frauenklinik drei Fälle von Melaena beobachtet. An der Hand dieser Fälle wird ein Überblick

[1]) Erscheint ausführlicher Bericht im Archiv für Gynäkologie.

über den heutigen Stand unserer Kenntnis der Affektion, über die verschiedene Wertung der Fälle für die Diagnostik und Therapie gegeben, und die Frage nach der Ätiologie der Melaena gestreift. — Der erste Fall betrifft ein Kind, das wegen Eklampsie der Mutter durch vaginalen Kaiserschnitt in schwerer Asphyxie entwickelt wurde und erst nach $1^1/_2$ stündigen Wiederbelebungsversuchen regelmäßig atmete. Schon während dieser Wiederbelebungsversuche wurde der Austritt geringer Mengen blutigen Schaumes aus den Nasenlöchern beobachtet. An den beiden ersten Lebenstagen erbrach das Kind nach der Nahrungsaufnahme mit schwarzen Flocken vermischte Milch, deren Gehalt an geronnenem Blute chemisch nachgewiesen werden konnte. Der Fall ist als eine Melaena spuria infolge von Verschlucken frischen Blutes aus der Nasenhöhle zu betrachten, wo während der Wiederbelebungsversuche einige Schleimhautgefäße geplatzt waren; die Blutung stand ohne jede therapeutische Maßnahme von selbst, das Kind befindet sich in bester Entwicklung. — Bei dem weiten spontan geborenen Kinde erfolgte unter blutsturzartiger heftiger Haematemesis in der Nacht vom zweiten zum dritten Tage der Tod innerhalb weniger Stunden trotz mehrfacher Gelatineinjektion und Wärmezufuhr. Die Sektion deckte als Blutungsquelle jene angeborenen Varizen des Ösophagus auf, die Dr. Vorpahl soeben demonstrierte, also handelt es sich um einen Fall von Melaena vera auf der Basis ein kongenitalen Gefäßanomalie. — In dem dritten Falle endlich trat profuser bluthaltiger Stuhl in der Nacht vom dritten zum vierten Tage auf und hielt bis zum Abend des fünften Tages an, obwohl sofort mit Gelatinetherapie und Wärmeapplikation vorgegangen wurde. Das Kind bekam am ersten Krankheitstage dreimal je 10 ccm einer 10%igen Gelatinelösung (Merck) subkutan und intramuskulär injiziert und wurde mit 60 ccm 5%iger Gelatineteelösung gefüttert, am zweiten Krankheitstage zwei Injektionen und 70 ccm Gelatinetee per os. Ein bedrohlicher Kollaps und starkes Welkwerden der Haut am zweiten Tage wurde durch subkutane Kochsalzinfusion behoben. Am nächsten Tege nur noch minimaler Blutgehalt des Stuhles, dann nach dem Anlegen des Kindes schnelle Rückkehr zu normalem Bruststuhl. Nach dauernder Gewichtszunahme während einer dreiwöchigen Beobachtnng wird das Kind in ausgezeichneter Entwicklung entlassen. Hier liegt somit ein typischer Melaena-vera-Fall vor, der durch prompte Ausheilung auf die Gelatinetherapie charakterisiert ist. Die drei so verschiedenartigen Fälle lassen erkennen, wie berechtigt die Auffassung ist, daß die Melaena nicht eine Krankheit sui generis, sondern nur ein Symptom darstellt, und gestatten wichtige Rückschlüsse bezüglich der Prognose und Indikation zur Therapie. Die ätiologische Verschiedenheit der Fälle erhellt aus der Anamnese des ersten und dem Sektionsbefund des zweiten Falles; für die dritte Beobachtung ist man auf die Heranziehung der zahlreichen Hypothesen über die Ätiologie der Melaena angewiesen, von denen vielleicht die von Pomyrski und v. Preuschen verfochtene Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Blutungsherden im Gehirn und den Blutextravasaten im Magendarmkanal in Betracht kommen könnte. Die Geburt wurde nämlich experimentell durch künstliche Wehenanregung mit Pituitrin am normalen Ende der Schwangerschaft in Gang gesetzt, wobei gegen vorzeitigen Blasensprunges der kindliche Kopf allein in etwa zwölfstündiger Geburtsarbeit die primiparen, straffen Weichteile der Mutter zu erweitern hatte. Der starke Druck, dem der Kopf hierbei ausgesetzt war, könnte im Verein mit der blutdrucksteigernden Wirkung des Pituitrins (6 ccm innerhalb von $2^1/_2$ Tagen) leicht ein kleines Hematom erzeugt haben, in dessen Gefolge dann nach der genannten Hypothese die Magendarmblutung entstanden zu denken wäre.

Diskussion. Peiper hat selbst zwei Fälle von Melaena beobachtet, von denen der eine ad exitum kam, der andere durch Gelatinedarreichung geheilt wurde. Auffallend war bei diesen beiden Fällen, daß sie kurz nacheinander bei Geburten vorkamen, die von derselben Hebamme geleitet wurden. — Kroemer tritt für die Gelatinebehandlung ein, die zurzeit gute Ergebnisse liefere.

III. Monats-Chronik.

Berlin. Am 21. Juli fand im prächtig geschmückten Hofe des Kinderhauses eine Trauerfeier für Hugo Neumann statt. Den Mittelpunkt bildeten die Reden seiner Schüler Japha, Oberwarth und P. Croner, die in markanten Zügen ein Bild seiner ärztlichen Leistungen entwarfen, und seiner langjährigen Mitarbeiterin Frau Klara Birnbaum, die ihre dankbare Aufgabe, die menschlichen Eigenschaften des ausgezeichneten Mannes zu schildern, in mustergültiger Weise löste. Mancher wird erstaunt gewesen sein, ihn bei dieser Gelegenheit als Verfasser fein geformter, gedankenreicher Verse kennen zu lernen. Zahlreiche Vertreter von Wohlfahrtseinrichtungen sprachen dem Verstorbenen den Dank für seine uneigennützige Tätigkeit aus, und Gesang beschloß die würdige Feier, mit der dem Andenken eines seltenen Menschen die letzte Ehre erwiesen wurde.

(Deutsche med. Wochenschrift.)

Charlottenburg. Die städtische Deputation für die Gesundheits- und Waisenpflege hat beschlossen, die ärztliche Aufsicht über die städtischen Kostkinder, Haltekinder und Mündel der Generalvormundschaft bis zum vollendeten zweiten Lebensjahre den leitenden Ärzten der Säuglingsfürsorgestellen zu übertragen.

Neukölln. Die zahnärztliche Behandlung der Volksschulkinder soll eingeführt werden, und zwar stellt die Stadt 2400 Mk. für mittellose Kinder zur Verfügung. Die übrigen haben 1 Mk. bzw. 50 Pf. als Beitrag zu den Behandlungskosten zu zahlen.

Hildesheim. Eine Mütterberatungsstelle ist eingerichtet worden.

Dresden. Der Verein für Mütter- und Säuglingsfürsorge hat ein Schwangeren- und Wöchnerinnenheim eröffnet. — Der Rat hat die Einrichtung einer Fachbibliothek für die Schulärzte beschlossen.

München. Die Zentrale für Säuglingsfürsorge in Bayern hat eine Wanderausstellung für Säuglingsfürsorge eröffnet.

Baltimore. Dr. J. Howland (St. Louis) ist zum Prof. der Kinderheilkunde an der Johns-Hopkins-Universität ernannt.

I. Internationaler Kongreß für Kinderheilkunde, Paris, 7. bis 10. Oktober. Programm: 1. Die Anämien, 2. Die akute Poliomyelitis. Anmeldungen von Vorträgen, die bis zum 1. Oktober im Manuskript einzureichen sind, sind bis 31. August zu richten an Dr. H. Barbier, rue de Monceau 5. — Präsident des deutschen Nationalkomitees ist Geheimrat Heubner (Berlin), Schriftführer Prof. Siegert (Köln), Schatzmeister Prof. Brüning (Rostock).

I. Allrussischer Kongreß für Pädiatrie, St. Petersburg, 27.—31. Dezember. Programm: 1. Säuglingsfürsorge in Rußland. 2. Diätetische Behandlung der Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. 3. Bedeutung des Tuberkulins für die Diagnose und Therapie der Kindertuberkulose. Anfragen an Dr. S. A. Ostrogorsky, Teatralnaja Pl. 6.

Das Werner Kaufmann-Erholungsheim für Knaben, Belzig i. d. Mark, des Freiwilligen Erziehungsbeirats für schulentlassene Waisen, nimmt Erholungsbedürftige und schwächliche Jugendliche, auch Nichtwaisen von 13—17 Jahren, in Ausnahmefällen auch 18 jährige auf. Näheres durch die Geschäftsstelle Berlin, Schellingstr. 6, Hof rechts, II. Etage, Tel. Amt Lützow, 2174.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVII. Jahrgang. 1. Oktober 1912. Nr. 10.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Adolf Baginsky, Der Ausbau des städtischen Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses in Berlin. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. Heft 4—6.) Einleitende Worte zum nächsten Artikel. B. stellt an die Bauleitung folgende Forderungen: Auf der Säuglingsstation nicht mehr als 4—6 Kinder in einem Raum; Schaffung von Glaswänden zwischen den Zimmern, Anfügung von Veranden an die Säuglingsabteilung, von welchen aus man bequem direkt in den Garten gelangen kann. Hecker.

Schmieden und **Boethke** (Architekten), Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. Heft 4—6.) Die neuen Baulichkeiten, durch welche die Anstalt nunmehr vervollständigt wird und die im einzelnen beschrieben werden, sind folgende: Das Verwaltungsgebäude, ein großer Pavillon für innere, nicht infektiöse Krankheiten (53 Betten), drei Pavillons für infektiöse Krankheiten, nämlich einer für Masern und Keuchhusten (36 Betten), einer für Syphilis (50 Betten), einer für Gonorrhöe und Hautkrankheiten (50 Betten), ferner ein neues Kesselhaus mit Werkstätten, Desinfektionsanstalt usw. Die ganze Belegschaft der Anstalt beläuft sich nach der Erweiterung auf zirka 325 Betten. Die Säuglingsstation lehnt sich in ihrer Anlage an die des Münchener Säuglingsheims an. Sie enthält einen Raum mit Brausebädern „für therapeutische Applikationen und zum Zweck der raschen Reinigung der Säuglinge". Für das eigentliche Bad des Kindes ist jedes Bett mit einer Nickelwanne versehen. Eine größere Anzahl von Grundrissen illustriert die Darstellung. Hecker.

H. Zade (Immigrath), Ein Beitrag zur Polymorphie der Parotitis epidemica mit besonderer Berücksichtigung sekundärer Meningitiden. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. Heft 4—6.) 12jähriger Knabe erkrankte mit Schmerzen in der Appendixgegend, Erbrechen, Schüttelfrösten und Angina, keine Hirnsymptome, außer einer am zweiten Krankheitstage eintretenden Verminderung der Pulszahl; nach 2 Tagen unter hohem Fieber Eintritt einer rechtsseitigen Parotitis. Erst einige Tage danach deutliche Symptome von Meningitis, die dann in 10 Tagen abheilte. Zusammenstellung der einschlägigen Literatur. Hecker.

J. A. Schabad und Frau Dr. **R. F. Sorochowitsch** (St. Petersburg), Ist der weiße Lebertran in der Behandlung der Rachitis dem gelben gleichwertig? (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. Heft 4 bis 6.) Der weiße Lebertran steht dem gelben in bezug auf günstige Beeinflussung des Kalkumsatzes bei Rachitis und Tetanieerscheinungen nicht nach. Der Phosphor- und N-Umsatz wird durch den weißen Lebertran in gleicher Weise wie durch den gelben beeinflußt. Diese günstige Wirkung kann dabei trotz des Seifenstuhles eintreten. Aus den Versuchen geht ferner hervor, daß die Lebertranwirkung nicht durch Beeinflussung der Seifenbildung im Kot erklärt werden kann. Ein Überschuß der Kalkretention um 10—15 g, der im Organismus eines Rachitikers entstanden war, ließ sich im Knochen weder durch histologische noch durch chemische Untersuchung feststellen. Bei Ernährung eines Rachitikers mit einer kalkarmen Nahrung würde eine wenn auch absolut nicht große, so doch positive Kalkretention erreicht.

Hecker.

P. P. Eminet (Charkow), Spezifische Blutplättchen und die Theorie der direkten reaktiven Aufeinanderwirkung. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. Hefl 4—6.) E. hatte früher konstatiert, daß die Blutplättchen bei den verschiedenen Infektionskrankheiten verschiedene, und zwar spezifische Farbenaffinität besitzen. Die „Soterozythen", wie E. die Bluttplättchen nennt, sind streng spezifisch für den Erreger, so daß z. B. bei Einführung von Diphtherietoxin oder des Löfflerschen Bazillus die spezifische Färbung von Tuberkulose oder von Scharlach nicht gelingt, und umgekehrt. Man muß annehmen, daß jeder Erreger eine nur ihm eigentümliche Reizung im Organismus hervorruft, auf welche der Organismus in ganz bestimmter Weise reagiert, und zwar durch Produktion von Zellen, welche für den betreffenden Fall entsprechend konstruiert sind. Nach Auffassung E.s sind die spezifischen Soterozythen Antikörper, welche ihr eigenes Antigen oder richtiger seinen Rezeptor, das Toxin binden, so ist Di-Heilserum im Serum vom spezifischen Di-Soterozythen.

Hecker.

Julius Stargardter (Düsseldorf), Beiträge zum Nahrungs- und Eiweißbedarf des Kindes jenseits des Säuglingsalters. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. Heft 4—6.) Die Versuche bestätigen im allgemeinen die von Schloßmann rechnerisch gefundenen Zahlen. Der Eiweißbedarf des Kindes jenseits des Säuglingsalters kann mit 1,5—2,5 g Eiweiß pro Kilo Körpergewicht vollauf gedeckt werden.

Hecker.

H. Fliess, Akute Osteomyelitis des Oberkiefers bei einem 3 Wochen alten Säugling. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. Heft 4—6.) Die Symptome waren: Schwellung der linken Wangengegend, Ödem der Augenlider, Vorwölbung des harten Gaumens, des Alveolarfortsatzes und des Oberkiefers, Entleerung des Eiters durch Inzision, Sondierung von rauhem Knochen, Ausstoßung zweier Molarzähne, glatte Heilung.

Hecker.

Wladislaw Hubert (St. Petersburg), Der gegenwärtige Stand der Frage über die Kindersterblichkeit in Rußland und

deren Bekämpfung. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. Heft 4–6.) Der exzessiven Kindersterblichkeit in Rußland stehen noch ganz unzulängliche Fürsorgemaßnahmen gegenüber. Die Arbeit bietet Spezialforschern viel interessantes Material, hat aber für deutsche Leser weniger Interesse. Hecker.

E. Schloß, Die Wirkung der Salze auf den Säuglingsorganismus auf Grund früherer und neuerlicher Untersuchungen. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 5 u. 6.)

1. Eine einwandfreie vollständige Erkenntnis der Salzwirkung ist nur möglich auf Grund einer Methode, die den ganzen hier sich darbietenden Schwierigkeiten möglichst Rechnung trägt. Es ist nicht zulässig, auf Grund einseitiger Versuchsanordnung und einer einzigen Dosierung Schlüsse ganz allgemeiner Natur auf das Verhalten der betreffenden Salze zu ziehen oder gar von spezifischen Wirkungen zu reden, solange die anderen Salze nicht ausreichend untersucht sind. Zu dem Studium der klinischen Wirkung der Salze ist die subkutane Einverleibung nicht geeignet; die beste Methode ist die der einmaligen peroralen Zufuhr mit der Nahrung.

2. Entgegen der immer wieder auftretenden unbewiesenen Behauptung einer spezifisch pyrogenen Wirkung der Natriumsalze muß daran festgehalten werden, daß auch die Kaliumverbindungen (besonders die basischen), selten auch die Kalziumverbindungen, die Temperatur deutlich erhöhen; daneben kommen bei all diesen Salzen, vorwiegend bei den Kaliumsalzen, Untertemperaturen zur Beobachtung. Koordiniert dieser Wirkung auf die Temperatur finden sich meist andere Symptome, von seiten des Kreislaufs und des Nervensystems, die es gestatten, zwei Syndrome der Salzwirkung aufzustellen, die sich den klinischen Bildern der Intoxikation und Dekomposition zur Seite stellen lassen.

3. Von besonderer theoretischer und praktischer Wichtigkeit ist die Wirkung der Salze auf das Körpergewicht, die als Mehrung oder auch Minderung zur Beobachtung kommt. Erstere Wirkung ist praktisch hauptsächlich dem Kochsalz zuzuschreiben, doch lassen sich auch bei anderen Natriumsalzen, besonders dem Bromid und dem Bikarbonat, bei geeigneter Versuchsanordnung (kleine Dosen, vierstündliche Wägung) starke Gewichtsanstiege erzielen, die auf eine isohydrische Wirkung schließen lassen. Daneben beobachtet man aber auch bei einzelnen Kalium- und Kalziumverbindungen, wenn auch weniger intensiv und schneller vorübergehend, Gewichtsanstiege, die es, besonders bei Kenntnis des Schicksals der Salze nicht zulassen, von einer spezifisch hydropigenen Wirkung der Na-Salze zu reden. Bei geeigneter Versuchsanordnung — größere Dosen der Salze bei nicht vermehrter (eventuell sogar verminderter) Wasserzufuhr — kommt allen Salzen eine gewichtsvermindernde Wirkung zu, besonders stark den Kalium- und Kalziumsalzen, aber auch einzelnen Natriumsalzen (Jodnatrium).

4. Die Wirkung der Salze ist also abhängig von der Menge des eingeführten Salzes und seiner Konzentration, außerdem aber auch

von individuellen Verhältnissen (Alter, Konstitution, Art der vorausgegangenen Ernährung usw.).

5. Dieser Einfluß der Salze auf das Körpergewicht ist, wie sich aus den Stoffwechselversuchen klar ergibt, die Folge ihrer Einwirkung auf den Wasserumsatz. Gewichtssteigerung geht parallel mit Wasserretention, Gewichtsabnahme mit Wasserausschwemmung. Da aber die Salze fast nur die Wassersekretion durch die Nieren beeinflussen, selbst große Veränderungen darinnen aber durch Änderung der Perspiratio insensibilis verdeckt werden können, so ist eine mangelnde Gewichtsänderung noch nicht beweisend für eine mangelnde Beeinflussung des Wasserumsatzes. Im allgemeinen ist das Verhalten der Perspiration derartig, daß sie den Regulationsmechanismus des Organismus unterstützt, also bei vermehrter Wasserretention eine mäßige, bei vermehrter Nierensekretion eine starke Verminderung zeigt.

6. Die Änderungen des Wasserstoffwechsels gehen meist Hand in Hand (sind also wohl davon bedingt) mit Änderungen im Mineralstoffwechsel. Und zwar ist es das Schicksal des superponierten Salzes, welches hauptsächlich die Wirkung auf den Wasserumsatz und also auch die klinischen Wirkungen bedingt. Sowohl die Temperatur als auch die Gewichtsreaktion ist abhängig von dem Verbleib des — zunächst ganz allgemein gesagt — Molenüberschusses; bleibt dieser in wirksamer Form im Körper zurück, so haben wir meist auch Wasserretention, die bei der Salzausscheidung wieder zurückgeht; eine Demineralisation, also ein Molenverlust, führt meist zu Wasserverlusten.

7. Es ist nicht möglich, diese Wirkung bestimmten Ionen zuzuschreiben; von weitaus überwiegender Bedeutung hierbei sind jedoch die Alkalien plus dem Halogen, so daß also praktisch deren Schicksal meist über die Änderungen des Wasserstoffwechsels entscheidet. Aus der Ausscheidung des Halogens (also meist des Chlors) lassen sich meist schon recht sichere Schlüsse auf das Schicksal der Alkalien gewinnen, wenn auch der Rückschluß auf ein bestimmtes Kation unzulässig ist.

8. In Bestätigung von früheren, auf Grund unzulänglicher Versuche bestrittenen Befunden ließ sich in einem Doppelversuch mit Kaliumchlorid und Natriumchlorid feststellen, daß die Salzausfuhr bei ersterer Verbindung ungleich schneller verlief als bei letzterer. Das NaCl wird als solches einige Zeit retiniert, vermehrt also den Mineralbestand des Organismus in erheblicher Weise. Das KCl wird zum Teil als solches sofort ausgeschieden, für das zurückbleibende K wird entsprechend Natrium mit herausgerissen, so daß also der Mineralbestand des Organismus nicht vermehrt (eher vermindert) wird. Durch diesen eklatanten Unterschied des Schicksals des eingeführten Salzes wird die verschiedene Wirkung der einzelnen Salze hinlänglich erklärt. Die Ausscheidungsverhältnisse der Salze sind also von maßgebender Bedeutung für die klinische Wirkung.

9. Dies gilt nicht nur für die Wirkung der verschiedenen Salze, sondern es erklärt dies auch am einfachsten die individuellen Ver-

schiedenheiten der Salzwirkung; für den einen Bestandteil, das Halogen, ist dies auch schon sicher nachzuweisen.

10. Inwieweit daneben den von anderer Seite nachgewiesenen mannigfachen Umsetzungen der Salze eine Bedeutung zukommt, ist noch nicht zu übersehen. Nach den obigen Ausführungen ist es aber sehr plausibel, daß nur der Irritierung des Alkalihalogenstoffwechsels eine größere Bedeutung für den Wasserumsatz zukommt. Die schwere Alteration des gesamten Mineralstoffwechsels durch sehr große Salzdosen hat für die Klinik kein Interesse.

11. Durch diese Feststellung werden die sonstigen mannigfachen Tatsachen über die Physiologie und Pathologie der Wasserverbindung im Organismus nicht berührt. Die hier am Säugling gefundenen Tatsachen stellen nur ein Sonderkapitel dieses ungemein komplizierten Promblems dar.

12. Für die Theorie der Salzhyper- und Hypothermie hat die Feststellung der großen Unterschiede in dem Schicksal des eingeführten Salzes den Wert, daß uns die verschiedene Wirkung der einzelnen Salze auch ohne die Annahme spezifischer Ionenwirkung verständlich wird. Schick.

Fr. Boschan, Anteilnahme des sympathischen Nervensystems an den Erkrankungen des Säuglings. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1912 Bd. 10. Nr. 11.) I. Mitteilung. Der Reizzustand des sympathischen Nervensystems.

Loewi hat gezeigt, daß man den Einblick in die Funktion des sympathischen Nervensystems eines Menschen dadurch gewinnen kann, daß man eine 1 %ige Adrenalinlösung in das Auge tropft. Bei normalen Menschen tritt keine Erweiterung der Pupille auf. Dagegen entsteht eine solche in manchen Fällen von Diabetes und Basedow. Diese Adrenalinmydriase tritt nur dann ein, wenn die Reizbarkeit des Sympathikus abnorm erhöht ist. B. untersuchte zirka 170 Säuglinge (Gesunde und Kranke).

Negative Reaktion (daher keine Dilatation) wurde erhalten:

1. Bei 40 gesunden Neugeborenen;
2. bei 11 gesunden Säuglingen verschiedenen Lebensalters;
3. bei 4 Frühgeburten;
4. bei 59 an chronischen Ernährungsstörungen leidenden, darunter auch ziemlich schweren Fällen;
5. bei 7 chronischen Infektionen (Sepsis, Tuberkulose);
6. bei 12 akuten Ernährungsstörungen, die ohne Allgemeinerscheinungen meist unter dem Bilde einer fieberhaften Enteritis verlaufen);
7. bei 5 Fällen akuter Infektionen ohne toxische Symptome (Pneumonie, Empyem, Pyelozystitis);

Positive Reaktionen, d. h. Mydriase wurde erhalten:

1. Bei allen morribunden Säuglingen — 15 Fälle (die „prämortalen Reaktionen“ der Tabelle). Der Tod trat hier 4—24 Stunden nach der Instillation ein;
2. bei allen akuten Enteritiden, die von toxischen Symptomen begleitet wurden (15 Fälle);

3. bei allen akuten (5 Fälle) Infektionen mit toxischen Erscheinungen.
4. von 69 Fällen chronischer Erkrankungen reagierten nur 6 positiv. Die Mydriase war in diesen Fällen auffallend geringer als bei 1—3.

Es besteht also unstreitbar ein strikter Zusammenhang zwischen den toxischen Erkrankungen einerseits und der Loewischen Reaktion, und da in diesen Fällen noch eine hohe Kokainempfindlichkeit besteht, schließt B., daß das Verhalten der Pupilleninnervation auf eine Erhöhung der Reizbarkeit des Sympathikus infolge toxischer Erkrankungen hinweist.

Die Adrenalinmydriase hat keine diagnostische Bedeutung. Sie ist für die Prognose wichtig. Sie bedeutet immer eine Verschlimmerung der toxischen Erkrankung, ihr Erlöschen dagegen weist auf eine Besserung im Krankheitsbilde hin. Schick.

E. Tezner, Die Schmerzsymptome der Heine-Medinschen Krankheit. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1912. Bd. 10. Nr. 11.) Zu diesen gehören die Hauthyperästhesie, dann spontane Schmerzen in den erkrankten Extremitäten, Schmerzen im Rückgrat besonders bei Bewegung, und Druckschmerzen der peripheren Nervenstämme und Muskeln. Zu diesen vier Schmerzphänomenen fügt T. noch ein fünftes hinzu, nämlich Schmerzen, die bei jenen aktiven und passiven Bewegungen eintreten, welche zu einer Dehnung der größeren peripheren Nerven führen. T. fand diese Schmerzart in allen neuritischen Fällen, bei denen die Beine ergriffen waren, einmal auch bei einer Armlähmung. Sie liefert die Erklärung für das sogenannte Ischiasphänomen — Flexion im Knie, wenn das gestreckte Bein in der Hüfte passiv gebeugt wird.

Die Schmerzen werden allgemein zu den Initialsymptomen gezählt. Einige Autoren machen auf das längere Bestehen der Schmerzen aufmerksam. T. sieht solche Schmerzen bis in den zweiten Krankheitsmonat fortdauern. Solche Schmerzen täuschen viel ausgebreitete Lähmungen vor, als tatsächlich vorhanden sind und können zu Kontrakturen führen. Manche Bewegung wird nur aus Furcht vor dem Schmerz nicht ausgeführt.

Die Behandlung der Schmerzen ist gerade aus dem zuletzt erwähnten Grunde sehr wichtig. T. empfiehlt Salicylpräparate, Methylatropinum bromatum, Morphium und ähnliche Mittel, endlich auch Nervendehnung durch passive Bewegung. Über vier einschlägige Fälle wird kurz berichtet. Schick.

R. Müller (Elberfeld), Über die Afridolseife. (Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 12.) Schoeller und Schrauth haben einen neuen Weg zur Herstellung einer medikamentös und antiseptisch wirkenden Quecksilberseife eingeschlagen, indem sie versuchten, das Sublimat, das infolge chemischer Zersetzung im Seifenkörper beträchtlich an Wirksamkeit verliert, durch eine gleichwertige Quecksilberverbindung zu ersetzen, in der jedoch das Quecksilber komplex, das heißt nicht als Ion gebunden sein sollte, um irgendwelche Reaktionen des Quecksilberions mit der Seife und eine Zersetzung des

fertigen Produktes, also den Verlust an Desinfektionskraft, von vornherein auszuschließen.

Auf Grund der Untersuchung zahlreicher organischer Hg-Verbindungen fiel die Entscheidung zugunsten des oxyquecksilber-o-toluylsauren Natriums aus, das sich ferner als geeignet erwies, das Sublimat in den Quecksilberseifen derart zu ersetzen, daß der lange gehegte Wunsch nach einer desinfizierenden Seife, welche höchste Desinfektionskraft mit dauernder Haltbarkeit vereinigt, erfüllt werden konnte. Die so hergestellte Seife ist die Afridolseife, welche 4 % der genannten Quecksilberverbindung enthält und deren Grundseifenkörper zu etwa 85 % aus gesättigten Fetten besteht. Das oxyquecksilber-o-toluylsaure Natrium besitzt schwach alkalische Reaktion.

Von Pilzkrankheiten wurden eine Reihe von Fällen von Trichophytien mit Afridolseife behandelt. Es befanden sich darunter die verschiedensten Formen, von dem einfachen Herpes tonsurans squamosus und dem mit etwas akuteren Entzündungserscheinungen verlaufenden Herpes tonsurans vesiculosus bis zu Fällen von Herpes tonsurans des behaarten Kopfes, die erst durch Abszeßbildung kompliziert zur Behandlung kamen, und daran schließen sich unmittelbar die Fälle von Sycosis parasitaria an. Sowohl bei dem ätiologisch als Mikrosporie anzusprechenden Herpes tonsurans capillitii der Kinder, als auch der Makrosporie, der Sycosis parasitaria und den als Herpes tonsurans der unbehaarten Körperstellen anzusprechenden Trichophytien wirkte die Afridolseife so vorzüglich, daß es gelang, die Erkrankungen durch ihre Anwendung zur Abheilung zu bringen, daß selbst auf die Epilation verzichtet werden konnte.

Von besonderer Wirksamkeit ist die Afridolseife bei den verschiedenen Akneformen, von der Acne vulgaris bis zur Acne indurata und pustulosa. Ohne Darreichung innerer Präparate wie Ichthyol, Hefe usw., unter Verzicht auf die Anwendung ätzender Schälpasten gelingt die Beseitigung von Komedonen und Aknepusteln durch einfaches Waschen der betreffenden Körperteile mit Eintrocknenlassen des Schaumes über Nacht meist nach ein- bis zweiwöchiger Behandlung. Bei der juvenilen Akne pflegten nach Monaten hin und wieder Rezidive aufzutreten, die aber ebenso prompt und schnell durch Afridolseife beseitigt werden konnten. Auch bei der konstitutionellen Akne (bei Chlorosen, Magendarmerkrankungen usw.) war die Wirkung der Afridolseife auffallend schnell. Zweifellos dürften bei den meisten Akneerkrankungen ätiologisch, wenn auch sekundär, bakterielle Momente in Betracht kommen.

Ebenso vorzüglich ist die Wirkung der Afridolseife bei Furunkulose, was ja bei ihrer hohen antibakteriellen Wirksamkeit leicht verständlich ist. Die Afridolseifenanwendung bewirkte hier nicht allein das rasche Zurückgehen von entzündlicher Infiltration, sondern verhinderte auch das Auftreten neuer furunkulöser Herde.

Wie bei der Furunkulose erklärt sich wohl die ausgezeichnete Wirksamkeit der Afridolseife beim impetiginösen Ekzem, wie es in typischer Form beim Ekzem des Kopfes ex pediculosi bei Kindern auftritt, aus der bakterientötenden Kraft gegenüber dem Staphylococcus pyogenes aureus in erster Linie, ohne daß aber M. darin das

einzige wirksame Moment sehen möchte. Diese Ekzeme kommen, da die Pediculosis hier eine häufige Erscheinung ist, sehr zahlreich zur Behandlung; wegen ihres infektiösen Charakters wurde früher in ausgedehntem Maße weiße Präzipitatsalbe dagegen angewandt. Deren Gebrauch konnte seit Benutzung der Afridolseife wesentlich eingeschränkt werden. Nach gründlicher Reinigung der Kopfes, eventuell Kurzschneiden der Haare, Abweichen und Ablösen der Krusten wird die erkrankte Fläche mit Afridolseife eingerieben, und den Schaum läßt man eintrocknen. In der Mehrzahl der Fälle genügt die Durchführung dieser Behandlung zur Beseitigung der impetiginösen Ekzeme. Die Afridolseifenbehandlung ist dabei viel bequemer als die Salbenbehandlung; während früher die Kinder in der Sprechstunde häufig verbunden werden mußten, was die Mütter zum regelmäßigen Besuch der Sprechstunden zwang, kann die Behandlung vielfach jetzt zu Hause durchgeführt werden und bedarf nur der ärztlichen Überwachung. Durch die Ersparnisse an Verband- und Salbenmaterial ist die Behandlung des impetiginösen Ekzems mit Afridolseife nicht viel teurer als die Salbenbehandlung, so daß ihre Anwendung hierfür empfohlen werden kann. Den impetiginösen Ekzemen steht das seborrhoische Ekzem nahe, so das Ekzema seborrhoicum sterni, bei dem die Afridolseife ebenfalls ausgezeichnet wirksam ist, namentlich bei chronischen Fällen, welche vielfach der Psoriasis ähneln. Wirksam ist sie bei allen Fällen von Seborrhoe, so auch bei „Kopfschuppen“. Bei der Psoriasis selbst hat M. Dauererfolge durch Afridolseife nicht gesehen, wohl aber auffällige vorübergehende Besserungen. Duzu kommen überhaupt die Vorteile der Seifenbehandlung: Ersparen der Verbände, Vermeiden der Salbenschmiererei, daher Anwendbarbeit ohne Berufsstörungen, auch auf Reisen usw. **Grätzer.**

E. Klose, Erfolge der orthopädischen Behandlung der spinalen Kinderlähmung. (Aus dem Krüppelheim Zwickau-Marienthal.) (Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 13.) K. zeigte an einigen Patienten, welche Erfolge man mit der Arthrodese erreichen kann. **Grätzer.**

E. Feer, Die Behandlung der Diphtherie. (Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 14.) Das Diphtherieheilserum ist das souveräne Heilmittel bei D., es muß möglichst frühzeitig zur Anwendung gelangen — das ist die Quintessenz des ersten Teiles dieses „klinischen Vortrags“. Dann geht F. auf die prophylaktische Anwendung über.

Seines Erachtens sollte man darum prophylaktische Seruminjektionen nur bei genügender Indikation vornehmen, denn man riskiert immer, wenn das Risiko auch minimal ist, bei einer späteren Injektion, die nach einigen Wochen wegen Erkrankung an Diphtherie notwendig wird, einen gefährlichen anaphylaktischen Shock auszulösen. F. empfiehlt darum seit vielen Jahren, im Privathause bei gut überwachten Kindern keine prophylaktischen Injektionen zu machen, auch nicht im Hospital, wenn auf den gewöhnlichen Abteilungen ein Diphtheriefall aufgetreten ist, und hat hiervon noch nie Nachteile gesehen. Nur bei schlecht überwachten Kindern der ersten Jahre hält F. im Privathause eventuell solche Injektionen für an-

gebracht, besonders bei solchen mit Schnupfen. Ebenso wird es sich im Krankenhause empfehlen, Säuglinge mit Schnupfen zu injizieren, dann Masernkranke, wenn Fälle von Diphtherie auf dieser Abteilung vorgekommen sind oder eine Epidemie herrscht, eventuell auch Scharlachkranke mit Belag im Halse. Denn bis man klinisch oder kulturell in Fällen von verdächtigem Schnupfen, Laryngitis, Angina ins klare gekommen ist, kann die Zeit zu erfolgreicher Behandlung schon verstrichen sein. Wer über große Erfahrung und sorgfältige Beobachtung verfügt, wird hier zurückhaltender sein dürfen als ein Unerfahrener und leicht den richtigen Mittelweg finden. Die prophylaktischen Injektionen haben noch den Nachteil, daß sie alle drei Wochen wiederholt werden müssen.

Sollen wir jeden Fall von sicherer Diphtherie spritzen? Die meisten Autoren empfehlen dies. F. persönlich hat seit vielen Jahren bei kräftigen Kindern über 6—8 Jahren, die nur leichte, umschriebene Diphtherie der Gaumenmandeln bei wenig gestörtem Allgemeinbefinden aufwiesen, nicht mehr injiziert, sofern am folgenden Tage keine Ausbreitung der Beläge eingetreten war, und hat damit keine schlechten Erfahrungen, auch keine schweren Nachkrankheiten erlebt. Es ist ihm wohl bekannt, daß viele Autoren mit diesem Vorgehen nicht einverstanden sind. Er hat aber keinen Grund gehabt, davon abzugehen. Man muß es hier dem verantwortlichen Arzt überlassen, nach seinem Gutfinden zu handeln.

Die Größe der zu injizierenden Antitoxinmenge variiert nach der Schwere und Dauer des Falles. Das Alter des Patienten braucht weniger berücksichtigt zu werden, schon deshalb, weil die Krankheit um so energischer bekämpft werden muß, je jünger der Patient ist. Seit Jahren hat F. in seiner Klinik etwas größere Dosen angewendet, als allgemein üblich ist, und das mit entschiedenem Nutzen. Bei einfacher Mandeldiphtherie empfiehlt er 1500—2000 I.-E. zu geben, bei Beteiligung des Pharynx 2000—3000 I.-E., bei Ergriffensein der Nase oder des Kehlkopfes 3000 I.-E., bei schweren Fällen 4000 I.-E., immer in einer Dosis. Außer der Ausdehnung der lokalen Affektion muß für die Größe der Dosis besonders der Grad der toxischen Erscheinungen maßgebend sein. Beträchtliche Störung des Kreislaufapparates (frequenter, kleiner Puls, große Blässe) und der Niere (Nephritis) verlangen Dosen von 3000—4000 I.-E. Ist nach 24 Stunden noch keine Besserung da, so läßt F. die gleiche Dose nochmals geben, bei Verschlimmerung noch erhöhen. In den meisten Fällen genügt aber eine Dosis, und auch da, wo F. eine zweite Dosis nachgeschickt hat, konnte er sich selten von einer Vermehrung der Wirkung überzeugen. Er hat so die Überzeugung gewonnen, daß wir mit Dosen von etwa 4000 fast stets erreichen, was zu erreichen ist. Seine Erfahrungen stimmen genau hierin mit den kürzlich mitgeteilten Beobachtungen von Hoesch überein. Nur bei der schwersten Form, der Diphtheria maligna (mit tiefer Prostration, jener ominösen Blässe, elendem Pulse, hochgradiger Drüsenschwellung, hämorrhagischer Diathese, schwerer Nephritis), hat F. in den letzten Jahren selbst 5000 I.-E. gespritzt und diese Dosis wiederholt, ohne von den größeren Dosen einen besseren Erfolg zu sehen.

Das vorliegende Material ist noch zu klein, um die rettende Wirkung der gewaltigen, neuerdings angewendeten Dosen zu beweisen. F. scheint der Vorzug gegenüber Dosen von 4000—7000 I.-E. nicht deutlich, und er fürchtet, daß wir hier resignieren müssen. Die Sache ist aber so außerordentlich wichtig, daß die Versuche unbedingt fortgesetzt werden müssen bis zur Abklärung der Verhältnisse, und F. selbst möchte empfehlen, in Fällen, wo die Mittel es erlauben, 10000 bis 20000 I.-E. anzuwenden (20000 I.-E. kosten 50 Mark) und eventuell nach 24 Stunden nochmals zu wiederholen.

Es besteht kein Zweifel, daß die intravenöse Injektion der subkutanen bei weitem überlegen ist, wie F. sich selbst überzeugt hat. Sie verdient deshalb, in schweren Fällen stets angewendet oder wenigstens versucht zu werden, wo die Kinder sichtbare Venen in der Ellenbeuge besitzen, was von 3—4 Jahren an oft der Fall ist. Bei bedrohlichem Zustande, wo rasche Hilfe not tut, empfiehlt sich eventuell die Präparation der Vene, wenn keine sichtbar vorliegt.

Auch die intramuskuläre Injektion besitzt große Vorzüge vor der subkutanen, indem bei der ersteren die Resorption des Serums fünf- bis siebenmal rascher vor sich geht und zudem noch weniger Schmerz bereitet. Man kann die Injektion in die Glutaeen, oder, was F. vorzieht, in die Oberschenkelmuskulatur (Vastus externus) vornehmen. Nach dem gegenwärtigen Stande der Kenntnisse sollte man überhaupt keine subkutanen Injektionen mehr machen. Für gewöhnlich empfiehlt sich die intramuskuläre Injektion. Wo die Vene für die Nadel leicht erreichbar ist, wird man diesen Weg in dringenden Fällen noch vorziehen, obschon es noch nicht feststeht, ob die intravenöse Injektion erhebliche Vorteile vor der intramuskulären besitzt.

Seit der Behandlung mit Heilserum ist die lokale Therapie, ausgenommen bei Kehlkopfstenose, ganz in den Hintergrund getreten. Die meisten Ärzte haben mit Recht die früher beliebten Pinselungen des Rachens als überflüssige und schädliche Plagerei eingestellt. Nur bei sehr häßlichen, stinkenden Belägen, trockenem Munde hält F. leichte Ausspülungen mit stark verdünntem Wasserstoffsuperoxyd für nützlich. Die Kinder lassen sich diese bei geschicktem Vorgehen oft recht gern gefallen, ebenso Versprayung von Wasserstoffsuperoxyd im Munde. Oft glaubt F. auch einen Nutzen gesehen zu haben von mehrmaligen Einblasungen von Natrium sozojodol. mit Sulfur. präcipitat. aa. Die Verwendung der Pyocyanase hat F. wieder eingestellt, des üblen Geruches wegen, und da er sich von einem Nutzen nicht überzeugen konnte.

Bei Nasendiphtherie unterlasse man Duschen gänzlich. Es genügt, die Nase oft und sorgfältig zu reinigen, die Nasenöffnung mit einer Lanolinsalbe (ebenso die Oberlippe bei Neigung zu Rissigwerden) zu schützen. Die von Trumpp empfohlenen stündlichen Einblasungen mit Bolus alba steril. wirken bisweilen recht günstig. Bei gewöhnlichem Schnupfen ist ihre Wirkung oft augenfällig. Was die Anwendung von Halswickeln anbetrifft, so muß F. gestehen, daß er sich über ihre Wirkungsweise noch keine Klarheit verschaffen konnte. Es ist für ihm sicher, daß Eisumschläge bei beginnendem Kehlkopf-

krupp wie bei Pseudokrupp verschlimmernd wirken. Bei Rachendiphtherie mit starker Drüsenschwellung und hohem Fieber werden Eisumschläge oft angenehm empfunden, später verdienen kalte, zweistündig gewechselte feuchte Umschläge den Vorzug.

Kinder, welche ordentlich gurgeln können, läßt man mit indifferenten Flüssigkeiten (Borax, eine Messerspitze auf ein Glas Wasser, dünnes Zitronenwasser, H_2O_2 usw.) gurgeln. Sind sie noch zu jung dazu, oder verhindert sie der Schmerz am Gurgeln, so ist es vorteilhaft, nach jeder Nahrungsaufnahme durch einen Schluck Wasser oder Tee den Mund rein machen zu lassen.

Wesentlich wichtiger als die lokale Therapie ist die Überwachung der Kreislaufsorgane, die in schweren Fällen unsere volle Aufmerksamkeit erheischt. Wird der Puls sehr frequent, leicht unterdrückbar, so scheint das Koffein das meiste Vertrauen zu verdienen. Man reicht z. B. Coffein. natrobenzoicum in wäßriger Lösung, einem jährigen Kinde bis 0,1 im Tag, einem 5 jährigen 0,3—0,4 in 3—5 Dosen. Bei ungenügender Wirkung gebe man daneben 8—2 stündlich eine Spritze Kampfer. Alkohol läßt man besser beiseite.

Zur Bekämpfung der Blutdrucksenkung haben Pospischill, Fr. Meyer, Eckert u. a. große Dosen Adrenalin empfohlen. F. hat es in den letzten Jahren viel angewendet und neben Koffein und Kampfer mehrmals täglich 1 ccm und mehr der gewöhnlichen Adrenalinlösung (1:1000) subkutan injiziert (unverdünnt oder meist in 9 Th. physiol. NaCl-lösung). Der Puls bessert sich gewöhnlich darauf für einige Minuten, wie unter physiologischen Verhältnissen, eine nachhaltige Wirkung war nur einmal vorhanden, wo ein größeres Mädchen 3 ccm auf einmal erhielt. Immerhin scheint das Mittel unschädlich, wie Pospischill angibt, der bis zu 12 ccm täglich einspritzt, und verdient weitere Prüfung.

Die Ernährung ist im akuten Stadium auf dünnflüssige Speisen oder dünnbreiförmige angewiesen. Milch, verdünnt mit Wasser, Tee oder Schleim, dünne Getreidemehlsuppen, Breie mit Fruchtsäften, Apfelpüree usw. Bei Intubierten und bei Schlundlähmung verursacht Wasser und verdünnte Milch oft Verschlucken, wo etwas konsistentere Nahrung (Schleimsuppen, dünne Breie), ohne Störung und ohne Hustenreiz zu verursachen, aufgenommen wird. Bei ungenügender Flüssigkeitsaufnahme per os schätzt F. sehr Einläufe per rectum von $^1/_3$—$^1/_2$ $^0/_0$iger NaCl-lösung oder dünnem Tee, die bei langsamer Eingießung, körperwarm aus dem Irrigator mit tief eingeführtem Nélatonkatheter, gut resorbiert werden (zwei- bis dreimal täglich 100 bis 250 ccm).

Bettruhe und Vermeidung jeder Anstrengung ist mit Rücksicht aufs Herz oft noch weit in die Rekonvaleszenz hinein nötig.

Eine noch umstrittene Sache ist die Beeinflussung der Lähmungen. F. hat den Eindruck gewonnen, das frühzeitige und kräftige Behandlung mit Heilserum das Eintreten von Lähmungen vermindert. Die meisten Lähmungen, die nur den Gaumen und Schlund, die Augenmuskeln beteiligen, heilen anstandslos und spontan. Schlimmer sind die Fälle, wo die Muskulatur in weitem Umfange (Extremitäten, Nacken) und gar die Respirationsmuskeln und der

N. vagus ergriffen sind. F. wendet in schweren Fällen regelmäßig die üblichen Strychnininjektionen an, täglich $^1/_2$—1—2 mg, ohne sich von einer erheblichen Wirkung je überzeugt zu haben. Sie können aber auch nützlich wirken auf die meist gleichzeitig beteiligten Kreislauforgane. Gegen schonendes Elektrisieren läßt sich nichts einwenden.

Am meisten Vertrauen verdient wohl auch bei den Lähmungen die Serumbehandlung, wie sie von Comby und Méry gelobt wird, die fortgesetzt große Dosen spritzen. In einigen Fällen glaubt auch F. gute Resultate gesehen zu haben, obschon er nie so große Mengen angewendet hat, wie sie jetzt empfohlen werden (30000—80000 I.-E.).

Grätzer.

M. Kretschmer, Die diagnostische Bewertung von Leukozyteneinschlüssen bei Scharlach. (Aus der Kinderklinik und dem hygienischen Institut der Universität zu Straßburg.) (Berliner klin. Wochenschr. 1912. Nr. 11.) In Band 61, Heft 1/2 des Zentralblattes für Bakteriologie veröffentlichte Döhle einen interessanten Befund, den er im Blute von Scharlachkranken erheben konnte. Er stellte bei zirka 30 Fällen von Scharlach das Vorhandensein von sehr verschieden geformten, kleinen, etwas schwächer, als der Kern gefärbten Einschlüssen im Protoplasma der polynukleären Leukozyten fest, ohne bei den Kontrollpräparaten mit wenigen Ausnahmen denselben Befund erheben zu können. K. hat an dem Material der Kinderklinik seit Januar dieses Jahres die Befunde Döhles nachgeprüft und bei einigen 30 Scharlachfällen ausnahmslos das Vorhandensein von ein bis fünf oder sechs verschieden geformten Einschlüssen im Leukozytenprotoplasma festgestellt. Die Einschlüsse kommen im Beginn der Erkrankung, bis zum vierten Tage etwa, in der großen Mehrzahl der Leukozyten vor, so daß ihr Auffinden bei der stets vorhandenen Leukozytose keine Schwierigkeiten macht. Im Verlauf des Scharlachs nimmt die Zahl der Körperchen ab, und allmählich verschwinden sie ganz. Eine bestimmte Norm für das Verschwinden der Einschlüsse hat K. bisher bei den 15 Fällen, in denen er das Blut auf Einschlüsse regelmäßig untersuchte, nicht feststellen können. In einem Falle waren am 5. Tage der Erkrankung keine Einschlüsse mehr zu finden, mehrere Male verschwanden sie am 8. oder 10. Tage, in einigen Fällen waren sie am 14. oder 15. Tage, einmal am 28. Tage noch nachweisbar. Der Fieberverlauf hat auf die Häufigkeit der Einschlüsse nach K.s bisherigen Untersuchungen keinen Einfluß. Auch bei den so häufigen Fiebersteigerungen, welche das sogenannte zweite Kranksein, sei es mit oder ohne äußere nachweisbare Ursache, hervorruft, konnte K. eine Vermehrung der Einschlüsse, bzw. wenn sie schon verschwunden waren, ihr Wiederauftreten nicht feststellen. Von großem Interesse wäre es natürlich, zu untersuchen, wann die Körperchen zuerst auftreten. Trotzdem K. mehrere Male die Geschwister von Kindern, die mit Scharlach eingeliefert wurden, regelmäßig untersuchte, ist es nicht gelungen, das Auftreten der Einschlüsse zu beobachten, da die Kinder gerade in diesen Fällen nicht erkrankten. Bei zwei Fällen, die sporadisch auf der inneren Station auftraten, konnte K. in dem einen Falle schon

am Tage vor dem Ausbruch des Exanthems in einer Anzahl von Leukozyten Einschlüsse sehen. Bei dem zweiten Falle fand K. sie erst nach dem Auftreten des Exanthems. Von den übrigen Kindern desselben Saales erkrankte keines mit Scharlach und es zeigte auch keines bei mehrmaligen Untersuchungen des Blutes Einschlüsse in den Leukozyten. Ein Neugeborener, dessen Mutter kurz nach der Geburt mit Scharlach und einer leichten Sepsis erkrankte, hatte keine Leukozyteneinschlüsse im Blut, während die Mutter, welche ihn anfangs ein paarmal gestillt hatte, in der Mehrzahl der Leukozyten Einschlüsse zeigte. Das Kind blieb während der Dauer der Beobachtung frei von Scharlach. Betonen möchte K., daß es sich nicht etwa um schwere Fälle handelte; die meisten Kinder fieberten nur leicht und hatten nur mäßig starkes Exanthem. Bei einigen der beobachteten Fälle konnte K. aus dem Vorhandensein der Leukozyteneinschlüsse, da bei der Aufnahme kein oder nur ein sehr unbestimmtes Exanthem vorhanden war, direkt die Diagnose sicherstellen.

Der Wert der Döhleschen Befunde liegt in ihrer Brauchbarkeit für die Diagnose zweifelhafter Fälle, da die Einschlüsse nach Döhles und K.s Beobachtungen mit Regelmäßigkeit im Beginn des Scharlachs anzutreffen sind, während sie bei fast allen anderen untersuchten Krankheiten fehlten. Döhle hat bei seinen Kontrollfällen nur dreimal, nämlich bei einer Pneumonie und zwei Karzinomen, von denen der eine Fall eine alte Lues hatte, Einschlüsse gefunden. Auch K. hat besonderes Gewicht auf möglichst zahlreiche Kontrollen gelegt, da der diagnostische Wert der Einschlüsse naturgemäß mit der Häufigkeit ihres Vorkommens bei anderen Krankheiten und im normalen Blut sinken würde. Er hat bisher einige 70 Fälle zur Kontrolle untersucht, und zwar zirka 20 normale, acht Fälle von Masern, sechs von Diphtherie, neun von Tuberkulose, sechs von Karzinom und sechs Luetiker, sowie einzelne Fälle von Gonorrhöe, Keuchhusten, Bronchitis, Ikterus, Pneumonie, Sepsis, Serumkrankheit, Anämie und Empyem. Bei allen diesen Fällen hat er nur viermal das Vorhandensein von Leukozyteneinschlüssen feststellen können, und zwar bei einem Fall von Pneumonie mit Drüsenabszeß am Halse, zwei Fällen von Diphtherie mit Streptokokkenempyem und einer Tuberkulose, bei der K. an drei verschiedenen Tagen zahlreiche Einschlüsse fand, während in den drei anderen Fällen nur mäßig viele vorhanden waren. Bei der Tuberkulose kann K. keine Erklärung für das Vorhandensein der Einschlüsse geben, bei den übrigen untersuchten Tuberkulösen hat K. keine gefunden. Bei den anderen drei Fällen mit Empyem und Drüsenabszeß liegt die Möglichkeit, daß diese Komplikationen auf einen abgelaufenen Scharlach zurückzuführen seien, nahe. Es müßte denn sein, daß Streptokokkeninfektionen an sich gleichfalls die Einschlüsse hervorrufen könnten. K. hat nur einen Fall von Sepsis zur Verfügung gehabt, bei dem er keine Einschlüsse fand.

Differentialdiagnostisch wichtig ist auch die Frage, ob die Einschlüsse bei Anginen und Exanthemen vorkommen. K. hat bisher nur eine follikuläre Angina und eine Angina Vincenti untersuchen können, die beide keine Einschlüsse zeigten. Bei diphtherischer Angina mit Ausnahme der oben erwähnten Fälle fehlten die Einschlüsse gleicher-

maßen, ebenso bei Masern und einem Fall von Serumexanthem. Um den diagnostischen Wert der Döhleschen Entdeckung zu prüfen, hat K. den Versuch gemacht, aus einigen 30 nichtsignierten Blutpräparaten, die zum Teil von Scharlach, zum Teil von Kontrollfällen herrührten, die Diagnose, ob Scharlach oder nicht, zu stellen. Nur bei zwei Präparaten von Rekonvaleszenten, welche nur noch wenige Einschlüsse enthielten, konnte K. nicht die richtige Diagnose stellen.

Was die Färbemethoden anbetrifft, mit denen die Einschlüsse dargestellt werden können, so hat Döhle mehrere Verfahren angegeben; einmal die Färbung der fixierten Präparate mit einer Lösung von Michaelis Azurblau, der er anfangs das Hoppe-Seylersche Zuckerreagens zusetzte, und zweitens mit einem Gemisch von Orseille und saurem Hämatoxylin nach Ehrlich. Mit beiden Verfahren färben sich die Leukozytenkerne dunkelblau, während die Einschlüsse meist etwas schwächer blau in dem fast gar nicht gefärbten Protoplasma zu sehen sind. Ferner hat Döhle in einigen Fällen das Methylgrün-Pyronin nach Pappenheim verwendet, womit die Kerne sich mattgrün, die Einschlüsse sich mattrot färben. K. hat auch in einer Anzahl von Fällen das Pappenheimsche Gemisch gebraucht, hat aber gefunden, daß sich die Einschlüsse sehr wenig von dem rosa gefärbten Protoplasma abheben. Da die von Döhle benutzten Farbstoffe nicht gleich zur Verfügung standen, so gebrauchte K. zunächst versuchsweise die Mansonsche Färbung und war mit dem Erfolg so zufrieden, daß er dieselbe fast ausschließlich zu seinen Präparaten verwendet hat. Die Methode ist einfach und schnell, und K. hat beim Vergleich mit Präparaten, welche er mit Michaelis Azurblau, Azur II, und mit Löfflerschem Methylenblau färbte, gefunden, daß die Färbung völlig die gleiche war. Zum Mansonschen Verfahren stellt man sich eine Stammlösung von 2 g Methylenblau, die in 100 ccm kochender $5\,^0/_0$iger Boraxlösung gelöst werden, her. Zum Gebrauch übergießt man die mit Methylalkohol oder in anderer Weise fixierten Präparate mit einer Verdünnung, die man sich am besten in einem Reagenzglas herstellt, so daß die Lösung gegen das Licht gehalten eben durchsichtig ist. Man färbt 10 Sekunden bis $^1/_2$ Minute. Die roten Blutkörperchen erscheinen bei dieser Färbung hellgrün bis grünblau, die Leukozytenkerne sind dunkelblau mit leicht rötlichem Schimmer, die Einschlüsse sind meist etwas blasser blau und deutlich von dem fast gar nicht gefärbten Protoplasma zu unterscheiden.

Die Form und Größe der Leukozyteneinschlüsse ist eine sehr wechselnde. Man findet runde und ovale Körnchen von der Größe von Kokken, die sich manchmal auch zu weit nebeneinander lagern, stäbchen- und sichelförmige Körper mit runden oder mit spitzen Enden. Ihre Zahl wechselt von 1 bis höchstens 6. Im Beginn der Erkrankung sind die Leukozyten mit mehreren Einschlüssen häufiger, während man zuletzt meist nur einen Einschluß in den Leukozyten findet. Eine Verwechslung mit Kernfragmenten ist wohl möglich, doch wird sich dieselbe durch Vergleich der Färbung des zweifelhaften Körperchens mit der des Kerns vermeiden lassen. Außerhalb der Leukozyten konnte K. im Gegensatz zu Döhle nie

ein Gebilde beobachten, das er mit den Einschlüssen identifiziert hätte.

Es mag auffällig erscheinen, daß diese Einschlüsse, welche man, nachdem man sie einmal gesehen hat, auf den ersten Blick erkennt, so lange verborgen geblieben sind. Der Grund hierfür liegt wohl darin, daß die Einschlüsse mit der Giemsa-Färbung oder ähnlichen Gemischen, welche jetzt auf Kliniken meist verwendet werden, durch die starke Granulierung des Protoplasmas fast völlig verdeckt werden. Man kann die Einschlüsse jedoch auch mit dem Giemsaschen Verfahren darstellen, wenn man die Präparate nur ganz kurz überfärbt, so daß die roten Blutkörperchen und das Protoplasma der Leukozyten fast gar nicht gefärbt sind, während die Kerne der Leukozyten ungefähr bordeaurot erscheinen. Die Einschlüsse sind dann hellblau sehr gut im ungefärbten Protoplasma zu sehen. Nach K.s Erfahrungen lassen sich auf diese Weise durch Doppelfärbung die Kerne und Einschlüsse besser voneinander unterscheiden als mit Methylgrün-Pyronin, welches nur eine sehr matte Färbung der Leukozyten hervorruft.

Im ungefärbten Präparat und im Dunkelfeld hat K. die Einschlüsse nicht wahrnehmen können, da sie durch die stark hervortretende Körnelung des Protoplasmas verdeckt werden bzw. von den Protoplasmakörnchen nicht unterschieden werden können.

Über die Natur der Einschlüsse und ihren Zusammenhang mit der Scharlachinfektion kann K. sich noch nicht äußern, da die diesbezüglichen Untersuchungen noch nicht abgeschlossen sind. Aus dem gleichen Grunde will K. auch keine Parallelen ziehen mit den verschiedenen anderen Körpern, die in letzter Zeit bei Scharlach und anderen Krankheiten beschrieben sind und die Döhle in seiner Arbeit aufgeführt hat.

K. glaubt, daß sich die Untersuchungen auf Leukozyteneinschlüsse in zweifelhaften Fällen auch für die Praxis als wertvoll erweisen wird, besonders da die Färbung nach Löffler oder Manson keine Schwierigkeiten bietet und in wenigen Minuten beendet ist. Auch ist kein langes Durchsuchen des Präparates erforderlich, da, wie bereits erwähnt, sich zu Anfang der Erkrankung in den meisten Leukozyten Einschlüsse finden und außerdem die Leukozytose das Auffinden der Einschlüsse noch erleichtert. Grätzer.

Robert Behla, Die Gesamtsterblichkeit und die Säuglingssterblichkeit während des Hitzevierteljahres 1911 im preußischen Staat und speziell im Stadtkreis Berlin. (Ebenda.) Den hohen Anteil der Sterbefälle an Verdauungskrankheiten an der Gesamtsterblichkeit in einzelnen Städten im 3. Quartal 1911 veranschaulicht folgende Übersicht (Tabelle 1).

Wie sich die hauptsächlich in Betracht kommenden Verhältnisse in dem 3. Quartal 1911 für den Stadtkreis Berlin gestalten, illustriert folgende Tabelle 2.

Danach starben im Stadtkreis Berlin im ersten Lebensjahre im Juli 1911 704 gegen 648 im Vorjahre, dann aber erfolgt im sehr heißen August eine rapide Steigerung auf 1346 gegen nur 782 im Jahre 1910 und im September auf 834 gegen 572 im Jahre 1910.

Tabelle 1.

Städte	Überhaupt Gestorbene	Krankheiten der Verdauungsorgane	Darunter:	
			Magendarmkatarrh	Brechdurchfall
Aachen	1012	528	191	313
Cöln	3342	1515	699	740
Duisburg	1753	1045	579	433
Hamborn	1192	810	465	337

Tabelle 2 (Stadtkreis Berlin).

Magendarmkatarrh und Brechdurchfall als Todesursache (inkl. Erwachsene) nach den Monaten Juli, August, September mit Gegenüberstellung der Jahre 1911, 1910 und 1909.

	Juli	August	September
1911 Magendarmkatarrh	257	632	418
Brechdurchfall	80	386	148
1910 Magendarmkatarrh	249	323	209
Brechdurchfall	87	132	62
1909 Magendarmkatarrh	156	241	287
Brechdurchfall	62	115	111
Lebendgeborene 1911	3679	3623	3442
do. 1910	3632	3651	3633
do. 1909	3793	3755	3746
Im 1. Lebensjahre gestorben . 1911	704	1346	834
do. . 1910	648	782	572
do. . 1909	589	693	170
Auf 1000 Lebendgeborene im 1. Lebensjahre gestorben . 1911	191,36	371,52	242,30
do. . 1910	178,41	214,19	157,45
do. . 1909	155,29	184,55	189,54

Relativ sehen wir, auf 1000 Lebendgeborene berechnet, die Ziffer im August steigen auf 371,52 von 214,19 im Vorjahre und im September auf 242,30 von 157,45 im Vorjahre. Also ganz auffallende, mit der großen Hitze zusammenhängende Zahlen! Grätzer.

Eugen Hopmann (Köln), Die vollständige Ausschälung der Gaumenmandeln[1]). (Münchener med. Wochenschr. 1921. Nr. 12.) Meine folgenden Ausführungen sind veranlaßt durch die mancherlei Veröffentlichungen zu dem von mir gewählten Thema. In diesen Veröffentlichungen werden mit oft starker Betonung der eigenen Methode Anweisungen zur gänzlichen Wegnahme der Gaumenmandeln gegeben.

Diese Veröffentlichungen sind als Zeichen für die weitere Verbreitung einer richtigen Erkenntnis wertvoll, die mein Vater schon seit Jahrzehnten zu verbreiten bemüht gewesen ist. Diese richtige

[1]) Vorgetragen bei der 28. Sitzung d. Vereinig. westd. Hals- und Ohrenärzte, 3. Dezember 1911 (hier in toto wiedergegeben).

Erkenntnis ist: Die Gaumenmandeln, die operativ entfernt werden müssen, müssen gründlicher entfernt werden, als es bislang allgemein üblich war. Auszusetzen habe ich dagegen an vielen dieser Publikationen zur gründlichen Operation der Gaumenmandeln, daß sie diese relativ einfache Operation zu sehr komplizieren. Ich möchte deshalb kurz darauf hinweisen, wie die Operation nach dem Vorgange meines Vaters einfach auszuführen ist.

Die Operation wird meist in Narkose ausgeführt, bei Kindern regelmäßig, bei Erwachsenen je nach ihrer Empfindlichkeit. Bei weniger empfindsamen Erwachsenen kann man auch mit Lokalanästhesie auskommen. Die Narkose muß so tief sein, daß der Patient nicht durch Abwehrbewegungen stört, darf aber bei weitem nicht so tief sein, daß der Hustenreflex unterdrückt ist. Ob man vor der Narkose oder Lokalanästhesie etwas Morphium oder Pantopon mit oder ohne Skopolamin subkutan geben will, ist von Fall zu Fall zu entscheiden. Ich wende diese Narkotika nur gelegentlich vor Operationen in Lokalanästhesie an. Kleinere Kinder werden von einer Assistenz auf dem Schoß gehalten, größere oder Erwachsene sitzen auf einem einfachen Sessel mit Armlehnen. Eine weitere Assistenz hält den Kopf mit den beiden Händen, bei narkotisierten Patienten derart, daß die eine Hand auf der Stirne, die andere in der Gegend der Protuberantia occipitalis post. aufgelegt wird. Bei dieser Haltung kann der Kopf und Rumpf des narkotisierten Patienten leicht vornübergebeugt werden. Der Mund wird durch einen vor der Narkose einzusetzenden Witheadschen Mundsperrer möglichst weit offen gehalten. Den Einblick in den Mund kann man sich noch wesentlich freier gestalten, wenn mit einem breiten stumpfen Haken die Wange der gerade zu operierenden Seite zur Seite gezogen wird. Nötig ist das keineswegs. Die Narkose kann der Operateur sehr wohl selbst übernehmen. Von Instrumenten brauche ich außerdem nur noch die abgebogene Hakenfaßzange, eine kräftige Kornzange mit kurzem Maul und diese Schere, die ich gleichzeitig auch als Zungenspatel benutze. Diese Schere mit auch außen geschliffenen, kurzen Branchen wurde vom Kollegen Scherenberg, Hannover-Linden, als gerade Schere angegeben, mein Vater, der die Ausschälung der Gaumenmandeln früher mit der einfachen Cooperschen Schere gemacht hatte, ließ auch der Scherenbergschen wieder eine leichte Flächenkrümmung geben. Die rechte Gaumenmandel wird ausgeschält, indem die rechte Hand die Faßzange und die linke die Schere führt; für die linke Seite werden die Instrumente in den beiden Händen vertauscht, also in der linken Hand die Faßzange, in der rechten die Schere. Da man mit der linken Hand meist weniger geschickt arbeitet, wie mit der rechten, so wird man die rechte Mandel zuerst in Angriff nehmen, da man dann ein übersichtlicheres Operationsgebiet hat, das später vielleicht durch ausgehustetes Blut etwas verdeckt wird. Ich brauche kaum zu erwähnen, daß man die Operation schon öfter gemacht haben muß, bis man an das oft und lebhaft sich bewegende Operationsgebiet gewöhnt ist und sich durch diese Bewegungen nicht verleiten läßt — etwas ziellos, will ich es einmal nennen — in ihm weiter vorzudringen.

Nun zur eigentlichen Ausschälung. Das geöffnete Maul der Faßzange wird kräftig am oberen und unteren Pol der Mandel seitlich eingedrückt, damit die Mandel zwischen die Branchen der Zange möglichst weit vorquillt. Erster wichtiger Punkt! — besonders bei tiefliegenden Mandeln sehr zu beachten. Ich erwähne dies besonders, weil ich die Erfahrung gemacht habe, daß die Kollegen, denen man bei ihren ersten Operationen dieser Art hilft, die Mandel gewöhnlich nur an einem kleinen Teile fassen. Das hat dann zur Folge, daß die Zange bei dem notwendigen kräftigen Vorziehen der Mandel ausreißt. Das kräftige Vorziehen ist der zweite wichtige Punkt bei diesem Vorgehen. Hierbei spannt sich der vordere Gaumenbogen dünn über die Vorderfläche der Mandel. Mit der Schere beginne ich nun den vorderen Bogen von der Mandel abzuschieben. Dabei wird die außen scharfe Schere meist als Elevatorium gebraucht und nur so weit als Schere, als Verwachsungen zwischen Bogen und Mandelkapsel zu durchtrennen sind. Hier mache ich gleich auf den dritten wichtigen Punkt der Operation aufmerksam. Die Gaumenbögen müssen vollkommen erhalten werden, wenn man eine stärkere Blutung vermeiden und eine glatte und rasche Heilung mit möglichst gutem funktionellen Resultate erzielen will. Die Mandel schlüpft in dem Maße, in dem der vordere Bogen von ihr abgeschoben wird, aus ihrer Nische heraus, falls nicht überhaupt ihr größter Teil außerhalb der Bögen entwickelt ist. Mit dem Zurückschieben des vorderen Bogens suche ich auch gleichzeitig den oberen Pol der Mandel freizumachen. Jetzt gehe ich mit der Schere, vom unteren Pol beginnend, mich immer dicht an die Mandel haltend, an dem seitlichen und hinteren Umfange der Mandel weiter und löse sie seitlich und an ihrer Hauptansatzstelle vom hinteren Bogen ab. Das geschieht wie bei der Ablösung des vorderen Bogens möglichst stumpf mit der geschlossenen Schere und nur so weit schneidend, als festere Verwachsungen im Wege stehen. Bei dem Ablösen vom hinteren Bogen kommt man an das Hauptversorgungsgefäß der Mandel. Nach seiner Durchtrennung blutet es gewöhnlich etwas mehr, als in den vorhergehenden Phasen der Operation, aber jetzt ist auch die Mandel in wenigen Augenblicken ganz ausgeschält und der Kopf kann vornüber gehalten werden, damit das Blut zum Munde hinausfließt. Gewöhnlich presse ich jetzt in die freie Nische zwischen den beiden Gaumenbögen einen nur aus steriler Gaze locker geschlungenen Tupfer, der in der Nische ganz fest an Stelle der Mandel sitzt und die Blutung stillt. Sollte die Blutung, die meist auch ohne jede Tamponade in Kürze von selbst steht, einmal erheblicher sein, so drücke ich den Tupfer in Ferripyrinpulver und dieses mit dem Tupfer gegen die blutende Stelle, wo der Tupfer nach kurzem Andrücken kleben bleibt.

Hat man die eine Mandel entfernt, so ist der narkotisierte Patient oft so weit aufgewacht, daß die Narkose wieder vertieft werden muß. Das kann auch bei vornüber geneigtem Kopfe unbedenklich geschehen, selbst wenn noch eine geringe Blutung bestehen sollte.

Der geschilderte Typus der Operation wird nun verändert, falls die Mandelsubstanz so weich ist, daß die Hakenzange trotz möglichst

weitem seitlichen Umfassen immer wieder aufreißt. Dann darf man sich nicht verleiten lassen, so zuzufassen, daß man den einen oder beide Bögen mitfaßt, denn der mitgefaßte Bogenteil wird gewöhnlich mit abgeschnitten oder -gerissen. In diesem Falle muß man darauf verzichten, die Mandel als Ganzes herauszunehmen. Man löst den vorderen Bogen so weit wie möglich ab und rupft die Mandel stückweise mit der Kornzange aus. Dieses Ausrupfen der Mandel könnte man ja vielleicht, weil es scheinbar noch einfacher ist wie das Ausschälen, prinzipiell vornehmen. Ich habe das einige Male getan, bin aber wieder davon abgekommen, weil die Blutung stärker war, als die durch das Ausschälen veranlaßte und leicht Teile der Mandel stehen bleiben. Erschwert wird die Operation, wenn viele Peritonsillitiden vorausgegangen sind. Dann bestehen sehr ausgedehnte Verwachsungen zwischen Mandelkapsel und Bögen, die das Erhalten der letzteren sehr erschweren und ganz selten unmöglich machen können.

Wie steht es mit den Nachblutungen? Sie sind recht selten. Einmal habe ich eine mir unangenehme erlebt; sie kam aus einem Stückchen der Mandel, das vom unteren Pole übrig gelassen war. Die Narkose war bei der Patientin sehr unruhig gewesen und das fortwährende Würgen hatte die Operation so unübersichtlich gemacht, daß ein Stückchen der Mandel stehen geblieben war. Durch die schon erwähnte Tamponade mit einem mit Ferripyrin bestreuten Tupfer konnte auch diese Blutung gestillt werden.

Zum Schlusse einiges Wenige über die Indikationen zur völligen Ausschälung der Gaumenmandeln. Immer halte ich sie angezeigt, wenn bei Erwachsenen ein Grund zu einer Operation an den Mandeln vorliegt. Dieser Grund kann sein: häufig wiederkehrende Peritonsillitiden, oder einfache follikuläre Entzündungen, ferner Detritusmassen in den Mandeln, die durch üblen Geruch Beschwerden machen oder als Bazillenherde Allgemeinerkrankungen erregen (Rheumatismus, Nephritis).

Aber auch bei Kindern, bei denen wir am häufigsten zur Mandelwegnahme Veranlassung haben, muß in den meisten Fällen einer völligen Ausschälung das Wort geredet werden; ausgenommen allein die Fälle, bei denen nur eine mechanische Verlegung des Schlundeinganges und des Schlundes durch starke Vergrößerung der Mandeln vorliegt ohne häufige Tonsillitiden. Hier wird selbstverständlich der Indikation genügt, wenn die Enge beseitigt wird, und das kann sehr wohl geschehen, wenn mit einem Tonsillotom oder einer Schlinge ein Teil der Mandel abgetragen wird. Aber in den meisten Fällen, in denen wir bei Kindern zur Mandeloperation genötigt werden, sind häufige Entzündungen des Organs die Regel, und diese wiederholen sich in den Resten, die wir stehen lassen, ebenso wie in dem ganzen Organ.

Ich fasse zusammen: Die Gaumenmandeln, deren Wegnahme aus irgend einem Grunde angezeigt ist, sind einfach und sicher mit Hakenzange und Mandelschere ganz auszuschälen.

Als wichtigste Punkte bei der Operation sind zu beachten:
1. Weites Umfassen der Mandeln durch kräftiges seitliches Eindrücken

des Maules der Hakenzange. 2. Das starke Vorziehen der Mandel. 3. Die Erhaltung der Gaumenbögen. 4. Die möglichst stumpfe Lösung der Mandel. Die Beachtung letzter zwei Punkte ist das beste Vorbeugemittel gegen Blutungsgefahr. Eine besondere Blutstillung, abgesehen von einer vorübergehenden Tamponade, ist meist nicht notwendig.

Abgesehen von der Minderzahl der Fälle, in denen stark vergrößerte Mandeln rein mechanisch hindern, ist die gänzliche Ausschälung der Mandeln in allen Fällen am Platze, in denen überhaupt eine Mandeloperation indiziert ist. Die bisher vielfach üblichen Teiloperationen sind zu vermeiden. Grätzer.

O. Goetze, Zur Diphtheriebazillenfärbung Raskin. (Aus dem Patholog. Institut des Allgem. Krankenhauses Hamburg-Eppendorf.) (Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 17.) Faßt G. seine Resultate zusammen, so ist er trotz der Einfachheit und deutlichen Kontrastfärbung der Raskinschen Methode der Ansicht, daß sie nicht geeignet ist, die Neissersche Methode zu verdrängen, wenigstens nicht in einem größeren bakteriologischen Betrieb: denn handelt es sich überhaupt um die Färbung einer größeren Anzahl von Präparaten, zu der die nach Neisser notwendige Mischung der Lösungen auf einmal hergestellt werden kann, dann wird entgegen der Raskinschen Behauptung die Neissersche Färbung ohne Frage rascher erledigt werden können, wie G. stets in seinen Parallelfärbungen feststellen konnte. Außerdem treten, ganz allgemein gesprochen, die kleinen Nachteile komplizierterer Untersuchungsmethoden dort, wo diese dauernd geübt werden, viel weniger in die Erscheinung als in kleineren Betrieben, wo nur von Zeit zu Zeit eine solche nötig wird. G. denkt hierbei an den praktischen Arzt und die zahlreichen Laboratorien, die nicht täglich größere Serien von Präparaten zu färben haben und bei denen es gewiß sehr viel ausmacht, wenn wichtige Untersuchungsmethoden möglichst weitgehend vereinfacht werden, ohne daß die Sicherheit der Resultate in wesentlichen Punkten die Kosten für diese Vereinfachung zu tragen hätte.

G. hält es daher für gerechtfertigt, die Raskinsche Methode in dieser Richtung zu empfehlen. Grätzer.

A. Bauereisen, Über die Bedeutung des Tentoriumrisses für das neugeborene Kind. (Aus der Univers.-Frauenklinik in Kiel.) (Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 19.) Die elf vorgeführten Fälle beziehen sich auf 667 Geburten (Früh- und rechtzeitige Geburten), mit 47 Todesfällen von Neugeborenen. In fünf Fällen waren Tentoriumrisse stärksten Grades vorhanden, die viermal infratentoriale Blutungen und einmal eine mäßige supratentoriale Blutung zur Folge hatten und in allen Fällen für die schwer asphyktischen Kinder den Tod bewirkten. In drei Fällen handelte es sich um eine Verbindung der Tentoriumrisse mit schweren Verletzungen im Gebiete der Falx cerebri, des Sinus sagittalis und des Sinus cavernosi mit supra- und infratentorialen Blutungen. In zwei Fällen waren Verletzungen im Gebiete des Sinus sagittalis vereinigt mit flächenhaften Läsionen an der oberen Tentoriumplatte.

In einem Falle wurden größere Verletzungen im Gebiete des Sinus sagittalis und des Sinus rectus konstatiert, ohne daß sich im Tentorium eine Schädigung nachweisen ließ. Über die Konvexität des Gehirns hatte sich eine starke Blutung entwickelt, die einseitig das Gehirn zusammendrückte. Zu gleicher Zeit war auch eine geringe infratentoriale Blutung vorhanden.

Was die Symptome betrifft, so waren alle elf Kinder asphyktisch geboren. Neun davon befanden sich im tiefen Scheintod (Fehlen des Würgreflexes, Blässe der Haut, mehr oder weniger deutlicher, langsamer Herzschlag), die trotz vorsichtiger Maßnahmen bei den Wiederbelebungsversuchen nicht mehr zum Atmen gebracht wurden. Zwei Kinder wurden wieder belebt, das eine ging nach zwei Tagen augenscheinlich an Lähmung des Respirationszentrums zugrunde. Bei der Sektion fanden sich Risse an der Falx und der oberen Platte des Tentoriums mit geringer supratentorialer Blutung. Das Kind verhielt sich ruhig und litt nur dauernd unter asphyktischen Zuständen, so daß eine feinere Verletzung der Oblongata angenommen werden muß. Bei dem zweiten Kind entwickelten sich die Symptome der supratentorialen Blutung. Der plötzliche Tod des Kindes am zweiten Tage verhinderte die operative Behandlung, die von vornherein wegen der Unreife des Kindes nicht aussichtsvoll erschien. Bei der Sektion stellte es sich aber heraus, daß neben einer großen supratentorialen Blutung auch eine geringe infratentoriale Blutung vorhanden war, die die Prognose einer erfolgreichen Behandlung noch ungünstiger machen mußte.

Alle Fälle stammen von operativ beendigten Geburten. Zweimal wurde die Zange angewendet, darunter einmal ein Zangenversuch, während das Kind dann später spontan tief asphyktisch geboren wurde. In den übrigen Fällen handelte es sich um Extraktionen bzw. Anwendung des Veit-Smellieschen Handgriffes. B. betont die Tatsache, daß der Veit-Smelliesche Handgriff nicht wenig Fälle von erheblichen intrakraniellen Verletzungen liefert. In fünf Fällen waren die Kinder nicht völlig reif, die wegen Placenta praevia, Eklampsie und Nephritis gravidarum, teilweise nach Hysterotomia anterior extrahiert wurden.

B. rät, sich bei Wiederbelebungsversuchen nach Ahlfeld zu richten, der die scheintoten Kinder nur durch Freimachung der Luftwege und durch Aufenthalt in warmem Wasser wieder zum Atmen zu bringen sucht. Ungeeignete Wiederbelebungsversuche — und dazu sind vor allem die Schultzeschen Schwingungen zu rechnen — können bei Rissen, die zunächst ohne Blutungen bestanden, größere Blutungen bewirken und dadurch das Kind nur noch mehr schädigen.

Grätzer.

A. Stieda und **P. Zander,** Der Chloräthylrausch. (Medizin. Klinik 1912. Nr. 12.)[1]) Nebenwirkungen beobachtet man nur ganz selten und in nicht störender Weise. Bisweilen tritt doch eine leichtere Erregung gleich beim Beginn des Einatmens des Mittels auf.

[1]) Durch ein Versehen ist in der vorigen Nummer der Schluß des Referates fortgeblieben; er sei deshalb hier nachgetragen. Red.

Bei hysterischen Personen und Potatoren kann dieselbe sich zu einer wirklichen Exzitation steigern, die aber selten den Grad eines Stadiums excitationis wie beim Chloroform oder Äther hat. Auch Kinder werden mitunter etwas erregt, doch muß man dieses wohl als einen Angstzustand ansehen, der in dem Überdecken des Gesichts mit der Gaze und der Ungewißheit, was vorgehen wird, seinen Grund hat. Eine gewisse Einschränkung und Vorsicht ist also immerhin bei einigen Personen zu empfehlen. Eine wirkliche Kontraindikation zeigen aber wohl nur Schwerhysterische und schwere Potatoren. Letztere sind manchmal durch das Chloräthyl überhaupt nicht zu beeinflussen. Während der Narkose selbst haben die Verff. unangenehme Nebenwirkungen niemals beobachtet. Bei Zahnextraktionen ist besonders darauf zu achten, daß der Patient nicht zum Schlafe kommt. Er muß auf Verlangen von selbst den Mund öffnen. Wird dieses übersehen und narkotisiert man über das Stadium analgeticum hinaus, so muß der Mund des Patienten erst wieder mittels Instruments geöffnet werden, wodurch die Vornahme unnötig kompliziert und für eine Person etwas zu umständlich wird. Nicht unerwähnt darf bleiben, daß eine Reihe von Patienten während des Rauschzustandes schreit, aber meist merkt man schon an der eigenartigen Weise des Schreiens, das einen langziehenden, monotonen, fast lallenden Eindruck macht, daß es nicht mit Bewußtsein der Patienten geschieht. Fragt man nachher dieselben, so wissen sie meist nichts davon. Viele geben aber auch an, „alles gefühlt“ zu haben, ohne daß es jedoch wehe getan hätte. Manche berichten über eigenartige Sensationen: sie hätten Musik gehört, oder, sie hätten sehr lachen müssen, oder, es wäre ihnen schwindlig gewesen, kurz, man beobachtet alle möglichen Stadien und Symptome eines Rauschzustandes. Nach dem Aufwachen, welches fast immer sogleich auf Anruf erfolgt, haben die Verff. nur in vereinzelten Fällen geringe Neigung zu Schwindel und zu Übelkeit gesehen. Ganz selten trat wirkliches Erbrechen auf. Bei hysterischen Personen beobachtet man nach der Narkose gelegentlich einen lach- oder weinkrampfähnlichen Zustand. Die meisten Patienten aber sind sogleich nach Fortnahme der auf das Gesicht gelegten Gaze und auf Anruf vollständig wach, richten sich entweder aus der liegenden Stellung sofort auf, oder stehen auf und können ohne weiteres fortgehen. Eine weitere Beobachtung nach Ablauf des Rauschzustandes scheint überhaupt nicht nötig.

Fragt man zum Schlusse nach den Vorzügen, die das Chloräthyl gegenüber andern Formen der Inhalationsnarkose hat, so sind es deren mehrfache.

1. Die Frage wegen der Haltbarkeit und Schwierigkeit der Beschaffung stets frischen Materials für eine Narkose ist hier einfach gelöst. Das Chloräthyl ist in den aus der Fabrik erhältlichen Tuben, in dunklem, kühlem Raum aufbewahrt, sehr lange haltbar. Wenn man bedenkt, wie schwierig oft für den praktischen Arzt das Vorrätighalten reinen Chloroforms ist, da er doch bei der relativen Seltenheit operativer Eingriffe nicht größere Mengen des leicht zersetzlichen Stoffes bei der Hand halten kann, und wenn man berücksichtigt, wie verhängnisvoll die Anwendung nicht ganz reiner Narkotika, besonders

des Chloroforms, werden kann, so wird man schon diesen einen Vorzug zu würdigen wissen.

2. Ferner ist die Anwendung des Chloräthyls eine recht billige. Verff. haben berechnet, daß die Kosten eines Chloräthylrauschs höchstens 7 Pfg. betragen, da man mit einem Flakon zu 30 g mindestens sechs Narkosen einleiten kann. Die Kosten eines solchen Flakons betragen etwa 40 Pfg., wenn man aus einem größeren Vorratsbehälter die Abfüllung in die einzelnen Glastuben selbst vornimmt, wie das in unserer Poliklinik üblich ist.

3. Der Chloräthylrausch setzt keinerlei Apparate und Instrumente bei seiner Ausführung voraus. Ein Stück Gaze über das Gesicht ausgebreitet stellt die Maske dar, auf die aus dem vorerwähnten Tropfglase das Mittel appliziert wird.

4. Die Anwendung des Chloräthyls ist eine außerordentlich einfache. Man benötigt keine Assistenz. Man bedarf keiner besonderen Lagerung oder gar Festlegung des Patienten. Der Kranke kann sogar sitzend narkotisiert werden. Die Narkose tritt sehr rasch ein, und sogleich nach dem Erwachen ist der Patient wieder imstande, aufzustehen und fortzugehen, ohne daß eine Wartezeit nach dem Eingriff noch nötig wäre.

5. Das Chloräthyl ist, in der beschriebenen Art und Weise angewandt, gefahrlos. Diese Gefahrlosigkeit beruht auf der Flüchtigkeit und Reizlosigkeit des Mittels. Die erstere bedingt einen sehr raschen Eintritt und ein sehr schnelles Aufhören des analgetischen Zustandes, die letztere ein Fehlen jeder stärkeren Exzitation. Das Mittel wird leicht und angenehm eingeatmet und erzeugt kein Erstickungsgefühl; mit einem solchen haben die häufig stärkeren Abwehrbewegungen kleiner Kinder nichts gemeinsam.

Alle diese Vorzüge hat das Mittel aber nur bei Verzicht auf jede abschließende Maske.

So können die Verff. auf Grund ihrer sehr zahlreichen Erfahrungen das Chloräthyl zur Inhalationsnarkose in seinem Stadium analgeticum mit voller Überzeugung als eine sehr zweckmäßige Art der Betäubung gerade in der Hand des praktischen Arztes dringend empfehlen.

Grätzer.

A. Westphal, Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie der Chorea minor. (Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Bonn.) (Medizin. Klinik 1912. Nr. 15.) W. schildert zwei interessante Fälle:

1. Fall. Fehlen der Kniephänomene bei Chorea minor eines 12jährigen Knaben.

Es geht aus einer Zusammenstellung einiger neuerer Literaturangaben hervor, daß die Ansichten über das Verhalten der Sehnenreflexe bei der Chorea minor noch geteilt sind, daß die Abschwächung oder Aufhebung derselben aber zweifellos eine außerordentlich seltene Erscheinung ist, wenn ein Forscher von der Erfahrung Oppenheims dies Verhalten noch nicht beobachtet hat.

Es ist deshalb der von W. beobachtete Fall, bei dem das Fehlen der Patellarreflexe unter günstigen Bedingungen beim Nachlassen

der großen choreatischen Unruhe zu wiederholten Malen mit aller Sicherheit konstatiert werden konnte, bemerkenswert. Die anatomische Untersuchung des Rückenmarks und der peripherischen Nerven ergab, daß der Reflexbogen für den Patellarreflex intakt war, mit Ausnahme deutlicher Veränderungen der Vorderhornganglienzellen, welche die Zeichen akuter Zellveränderung (Auflösung der Nißlschen Granula, Formveränderungen, Verlust des Kerns usw.) darboten. Neben den erkrankten Zellen war aber in den in Betracht kommenden Höhen des Rückenmarks eine nicht unerhebliche Anzahl anscheinend intakter Zellen vorhanden. Wenn es demnach nach diesen Befunden sehr wahrscheinlich ist, daß die Erkrankung einer Anzahl von Vorderhornzellen als die wesentliche Ursache des Schwindens der Patellarreflexe angesehen werden muß, erscheint es bei dem infektiösen Charakter der Erkrankung nicht ausgeschlossen, daß toxische Einflüsse auf andere Teile der anatomisch nicht nachweisbar veränderten grauen Substanz bei dem Zustandekommen der Erscheinung mitbeteiligt gewesen sind. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß bei starker Hypotonie der Muskeln, wie sie in unserer Beobachtung vorhanden war, schon leichtere Störungen im Reflexbogen ein Schwinden der Patellarreflexe herbeiführen können, als es bei hypertonischen Zuständen der Muskulatur der Fall ist. W. neigt der Ansicht zu, daß das Schwinden der Patellarreflexe bei der Chorea minor eine vorübergehende, wieder ausgleichbare Erscheinung darstellt, da anzunehmen ist, daß die auf toxischen Einflüssen beruhenden Störungen des Reflexbogens mit dem Aufhören der Giftwirkung wieder der Rückbildung fähig sind.

2. Fall. Poliencephalitis acuta haemorrhagica sup. mit Ophthalmoplegie bei Chorea minor.

Bei einer sehr schweren, mit psychischen Störungen einhergehenden postrheumatischen Chorea entwickelte sich in den letzten Tagen des Lebens eine Ophthalmoplegie, die, soweit die Untersuchung der Patientin möglich war, sämtliche äußeren Augenmuskeln mit Ausnahme der Recti externi ergriffen hatte. Der Sphincter iridis war an der Erkrankung mitbeteiligt. Die Pupillen waren stark verengt und ließen keine Lichtreaktion erkennen. Die anatomische Grundlage dieser klinischen Erscheinungen bildete eine Poliencephalitis acuta haemorrhagica in der Gegend des Höhengraus am Boden des dritten Ventrikels und des Aquaeductus Sylvii.

Die Ausdehnung und Lokalisation des hämorrhagischen Prozesses entspricht der von Wernicke bei den alkoholischen Formen der Poliencephalitis gegebenen Schilderung. Es zeigt dieser Fall, wie es seit den Untersuchungen von Uhthoff-Oppenheim und anderen wohl allgemein anerkannt wird, daß diese Form der Encephalitis nicht nur auf alkoholischer Grundlage, sondern auch auf dem Boden der verschiedensten Infektionskrankheiten zur Entwicklung kommen kann, daß ihr also der Charakter eines spezifischen Krankheitsprozesses nicht zukommt. Alle eigentlichen entzündlichen Veränderungen fehlen, Gefäßveränderungen und Blutungen beherrschen, wie es nicht selten bei den alkoholischen Formen der Fall ist, das Bild, so daß also auch in anatomischer Hinsicht nahe Beziehungen

zwischen den auf infektiöser Basis entstandenen und den Fällen von Poliencephalitis haemorrhagica auf alkoholischer Grundlage bestehen.

Wahrscheinlich haben wir in diesen Fällen die primäre Schädigung in einer Erkrankung der Gefäßwand, hervorgerufen durch uns noch nicht näher bekannte toxische Einflüsse, zu suchen.

Fragen wir uns, in welchem Zusammenhang die klinischen Erscheinungen in unserm Falle mit dem hämorrhagischen Prozesse stehen, so müssen wir sagen, daß die Augenmuskellähmungen nicht wesentlich und nicht allein durch die Blutungen bedingt sein können, da anatomisch nachweisbare Veränderungen an den Ganglienzellen in der Nähe der Blutungen nicht vorhanden waren, wir also genötigt sind, toxische, für uns nicht nachweisbare Schädigungen der Kerne der Augenmuskelnerven anzunehmen. Diese Annahme steht in Übereinstimmung mit der Erfahrung anderer Autoren, welche zeigten, daß die klinischen Erscheinungen und die anatomischen Veränderungen sich bei der hämorrhagischen Encephalitis durchaus nicht immer decken.

Soweit W. die Literatur der Chorea minor übersehen kann, findet er keinen Fall, der dem hier beschriebenen in klinischer und anatomischer Hinsicht analog wäre. Das Vorkommen einer fast totalen Ophthalmoplegie in Verbindung mit einer Poliencephalitis superior haemorrhagica scheint bisher bei dieser Krankheit nicht beobachtet zu sein. Grätzer.

Julian Witmer, Über den Einfluß der Sonnenbehandlung bei der Hochgebirgsbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. (Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 114. Heft 4. S. 308.) W. skizziert in der vorliegenden Arbeit die in Rolliers Anstalt übliche Behandlung der chirurgischen Tuberkulose.

Sobald der Patient sich akklimatisiert hat, wird mit der Heliotherapie begonnen. Zu diesem Zweck wird der meist ans Bett gefesselte Patient auf die für die Sonnenkur nötige offene Galerie gebracht, wo er auch bei bedecktem Himmel den ganzen Tag zubringt und zugleich eine Freiluftkur macht. Es empfiehlt sich, die Besonnung mit ganz kleinen Dosen anzufangen, da ja die Intensität der Sonnenbestrahlung in der Höhe viel größer als in der Ebene ist. Man vermeidet dadurch auch das Erythema solare, das sehr lästig ist und vielleicht, wenn sehr ausgedehnt, auch einmal zu üblen Zufällen führen könnte, da es doch einer leichten Verbrennung entspricht. Dreimal 5 bis dreimal 7 Minuten in Intervallen genügen meist am ersten Tage und rufen bei sehr empfindlichen Patienten sogar schon leichte Rötung hervor. Indem man jeden Tag je nach der Empfindlichkeit um 15 bis 20 Minuten steigt, gelangt man innerhalb einer Woche schon zu einem $1^1/_2$ Stunde bis länger dauernden Sonnenbade. Es ist weiter empfehlenswert, stets besonders die unteren Extremitäten zuerst an das Sonnenbad zu gewöhnen, da dadurch am besten die Kongestionen der inneren Organe vermieden werden. Nach und nach kommt man man so im Verlaufe von wenigen Wochen zu einem Vollsonnenbade. Man soll dabei den ganzen Körper, nicht nur die erkrankte Stelle,

der Sonne aussetzen. Der erkrankte Körperteil wird immobilisiert, sei es durch bloße Ruhigstellung, sei es durch Extension, Schienen- oder Gipsverband. Zur Ermöglichung der Heliotherapie wird über der erkrankten Stelle ein möglichst großes Fenster ausgeschnitten. Die meisten Patienten werden zur absoluten Bettruhe verurteilt. Gehverbände sind nach W. erst angezeigt, wenn die Tuberkulose als erloschen angenommen werden darf, der neugebildete Knochen aber noch geschont werden muß, bevor er seine ganze Aufgabe leisten kann. Abszesse werden, wenn sie entleert werden müssen, punktiert, gehen aber meist spontan zurück. Außerordentlich oft sieht man auch nach typischen schweren Gelenktuberkulosen, wie W. an der Hand von Krankengeschichten und Abbildungen zeigt, die Funktion in vollem Maße zurückkehren. W. vertritt die Überzeugung, daß ein großer Teil von Resektionen und eine Menge von sehr entstellenden Narben durch Anwendung der Heliotherapie sich in Zukunft wird verwenden lassen. Joachimsthal.

Iwata, Angeborene Mißbildung des äußeren Ohres. (Passows Beiträge. Bd. 5. Heft 4.)

1. Fall. Vollständiges Fehlen der rechten Ohrmuschel mit angeborenem knöchernen Verschluß des äußeren Gehörganges und rechtsseitiger Fazialislähmung. Gehör stark herabgesetzt.

2. Fall. Rudimentär entwickelte, mißbildete rechte Ohrmuschel mit angeborener Atresie des Gehörganges, Hematrophia facialis infolge Hypoplasie des paralytischen Nervus facialis und teratoide Geschwülste der Gaumentonsille.

3. Fall. Angeborener knöcherner Verschluß des knöchernen Gehörganges. Gehör für Flüstersprache 10 cm vom Ohre. Die Operation zeigte ein kleines Antrum, Gehörknöchelchen außer Steigbügel nicht vorhanden, Paukenhöhle klein, Tubenmündung an normaler Stelle. Nach der Heilung Hörweite für Flüstersprache 40 cm.

A. Sonntag (Berlin).

Max Stickel, Untersuchungen an menschlichen Neugeborenen über das Verhalten des Darmepithels bei verschiedenen funktionellen Zuständen. (Arch. f. Gynäk. 1911. Bd. 92. Heft 3.) Ein Beitrag zur Physiologie des Neugeborenen. S. sucht besonders die Fragen zu beantworten, ob sich beim Neugeborenen die Wege der Fettresorption histologisch nachweisen lassen, ob Unterschiede in Zahl und Anordnung der Granula in den Darmepithelien der nüchternen und genährten Neugeborenen bestehen und ob sich sonst noch histologisch nachweisbare Unterschiede am Darmepithel, am Zottenstroma oder an anderen Stellen der Darmwand zeigen als Ausdruck der Funktion, speziell der Resorption. Die Technik der Materialgewinnung und Behandlung ist ausführlich dargestellt. Untersucht wurden drei lebend geborene Säuglinge, sieben Föten aus dem 5. bis 10. Monat und sechs Hunde.

Das Ergebnis der mühsamen Untersuchungen war, daß in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft sich das Fett in Form allerfeinster Tröpfchen im Darmepithel und in den Chylusbahnen der Darmwand nachweisen ließ. Diese Fetttröpfchen unterscheiden sich

von den größeren Fetttropfen, die bei genährten Neugeborenen unmittelbar an der Resorption beteiligt sind. Beim Neugeborenen können zwei Typen der Anordnung der Granula aufgestellt werden, von denen der eine der Phase der Ruhe, der andere der Phase der Resorption entspricht. Wegscheider.

Adam, Isolierte Sklerodermia der Lider. (Zentralbl. f. prakt. Augenheilk. Februar 1912.) (Berlin. Ophthalmolog. Gesellsch.) Die seltene Störung fand sich in Größe eines Zehnpfennigstückes auf dem rechten Oberlide eines 12 jährigen, im übrigen gesunden Mädchens. Die Epidermis war fest mit der Subkutis verwachsen und zeigte eine glänzende glatte Oberfläche nach Art einer Brandnarbe, umgeben von einem leicht violettfarbenen Ringe; die Zilien waren an der betreffenden Stelle ausgefallen; der Lidrand zeigte eine leichte Einkerbung. Sommers (Zittau).

Alt, Behandlung der Blennorrhoe der Kinder und ihre Prophylaxe. (Zentralbl. f. Augenheilk. Februar 1912.) (Kongreß der amerikan. medizin. Gesellschaft.) Stevenson erwähnt, daß er jetzt das Argyrol zu sehr häufigen, bis halbstündigen Ausspülungen bevorzuge. — Die übrigen Diskussionsredner sind teils für, teils gegen die neuen Silberpräparate. — Der Kampf blieb unentschieden, wie immer bei diesem Thema.

Erwähnenswert ist jedenfalls, daß in Amerika seit 1906 prophylaktisch die Einträufelung einer 1 $^0/_0$igen Argentum nitricum-Lösung durchgeführt wird. Sommers (Zittau).

Thoma (Illenau), Untersuchungen an Zwangszöglingen in Baden. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin 1912. Bd. 43. 2. Suppl.-Heft. S. 342.) (Vortrag auf der VII. Tagung der Deutschen Gesellschaft f. gerichtl. Medizin in Karlsruhe 1911.) T. untersuchte 620 Fürsorgezöglinge Badens auf geistige Abnormitäten und auf ihre Vorgeschichte. Auf Grund dieser Erhebungen kommt er zu folgenden Ansichten und Forderungen: In der Zwangserziehungsanstalt befindet sich ein großer Prozentsatz geistig Minderwertiger, von denen der weitaus größte Teil in der gemeinsamen Erziehung bleiben kann. Ein kleinerer Teil muß als ungeeignet aus der gemeinsamen Erziehung ausgeschlossen werden. Aus diesem Grunde ist die Mitwirkung psychiatrisch vorgebildeter Ärzte notwendig. Diese hätte in der Weise stattzufinden, daß jeder Zögling vor der Aufnahme ärztlich untersucht wird und die Anstalten in regelmäßigen Zwischenräumen ärztlich kontrolliert werden. Die mit der Fürsorgeerziehung betrauten Personen, Anstaltsleiter und Lehrer, sollten mit den Ergebnissen der psychiatrischen Forschung und den an den Hilfsschulen beim Unterricht geistig Minderwertiger gesammelten Erfahrungen bekannt gemacht werden. Zu diesem Zwecke sollten regelmäßige Vorträge stattfinden, und die Lehrkräfte sollten zeitweilig an einer Hilfsschule tätig sein. Für die geistig Minderwertigen unter den Zwangszöglingen, die nicht etwa in eine Epileptiker-, Idioten- oder Irrenanstalt gehören, deren Abnormität aber die kürzere oder längere Entfernung aus der gemeinsamen Erziehung ratsam erscheinen läßt, wäre die

Einrichtung einer unter psychiatrischer Leitung stehenden Abteilung erwünscht. In dieser Anstalt wären auch die Zöglinge unterzubringen, deren zweifelhafter Geisteszustand eine Beobachtung notwendig macht.

In den Zwangserziehungsanstalten ist eine möglichst freie Behandlungsweise anzustreben. Um dies zu ermöglichen, sollte jede größere Anstalt eine kleinere, gesicherte Abteilung für schwer Erziehbare, degenerierte Vollsinnige und minderwertige Zöglinge haben, in denen diese zeitweilig zurückgehalten werden. Die leicht Erziehbaren von den schwer erziehbaren Minderwertigen und den vollsinnigen Degenerierten ganz zu trennen und sie in ganzen Anstalten zu vereinigen, empfiehlt sich nicht.

Die Meister, die geneigt sind, Zwangszöglinge in die Lehre zu nehmen, sollten sorgfältig ausgewählt und vor der Übernahme über die krankhafte Eigenart des Zöglings informiert werden. Endlich wird verlangt, daß die Möglichkeit einer Strafvollstreckung an geistig minderwertigen Jugendlichen in einer Heil- und Pflegeanstalt von psychiatrischer Seite entschieden abgelehnt werden muß.

Nothmann (Berlin-Wilmersdorf).

A. Lourié, Stoffwechselversuche und Therapie bei der mongoloiden Idiotie. Vorläufige Mitteilung. (Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger. Mai 1912.) Versuche unter allen Kautelen, bis jetzt bei fünf Kindern, im Alter von 4, 5 und 6 Jahren. Besonderes Interesse sowohl in chemisch-physiologischer als auch in klinisch-therapeutischer Beziehung beansprucht die dabei gefundene vermehrte Ausscheidung der O_2O_5, welche sowohl im Urin wie auch in den Fäzes zu finden ist. Ferner fand sich die Ausscheidung des CaO in den Fäzes vermehrt, in Vergleich zu den Kontrollversuchen, in welchen gesunde Kinder in demselben Alter und Geschlecht denselben Bedingungen unterworfen wurden. Auf die Erklärung dieses überaus auffälligen Befundes bzw. Deutung des sich hier abspielenden, interessanten Prozesses will L. jetzt nicht eingehen, wie auch von einer Erörterung der Motive und Erwägungen vorläufig Abstand genommen werden soll, die zur Anwendung einer von der bisher üblichen gänzlich abweichenden Therapie dieses Leidens Anlaß gaben.

Das neue Moment, das in die Therapie eingeführt wird, besteht darin, daß solchen Kinder Calc. phosphoric. bzw. Calc. glycerinophosphor. in Dosen von 0,01 einmal täglich bis zu 0,5 drei- bis viermal täglich und noch mehr, dem Alter des Kindes entsprechend, in Pulverform per os verabreicht wird, und zwar stets nach der Mahlzeit. Irgendwelche schädigende Erscheinungen oder Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet, von leichter, nach Aussetzen des Pulvers verschwindender und nicht wiederkehrender Diarrhoe abgesehen.

Von den in dieser Weise behandelten Kindern werden die prägnantesten Züge vorgeführt, der erste Fall außerdem auch im Bilde, vor und nach der Behandlung. Der Unterschied ist in der Tat ganz frappant.

Interessant am vierten Fall ist der absolute Stillstand in der geistigen wie körperlichen Entwicklung mit dem durch äußere Umstände bedingten Aussetzen der Calc. glycerino-phosphor.-Therapie, während bei den anderen weiter behandelten Kindern eine immer-

währende Zunahme der geistigen Funktionen sich konstatieren ließ. Betont wird, daß nicht nur allein das jüngste Kindesalter für diese Behandlungsweise sich eignet, vielmehr wurde auch bei einem Mädchen von 9 Jahren und selbst von 15 Jahren diese Behandlungsweise mit gutem Erfolge angewandt.

L. ist sich durchaus bewußt, daß die Stoffwechselversuche und die Zahl der Beobachtungen lange nocht nicht zu einem abschließenden und feststehenden Urteil in dieser theoretisch und praktisch gleich wichtigen Frage ausreichen, daß diese Behandlungsmethode aber gleichwohl volle Berechtigung hat, in jedem Fall von mongoloider Idiotie angewandt zu werden. H. Netter (Pforzheim).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

O. Szekeres, Über die Behandlung der Skarlatina mit polyvalentem Antistreptokokkenserum nach Moser. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Budapest.) (Wiener klin. Wochenschr. 1912. Nr. 24.) Das Mosersche Skarlatinaserum bewirkte in der vorgeschriebenen Menge von 200 ccm, spätestens am vierten Tage appliziert, in den meisten Fällen eine auffallende, in allen Fällen eine nachweisbare Besserung. Die Wirkung war hauptsächlich antitoxischer Natur und bestand im Verschwinden der zerebralen, nervösen Erscheinungen, im plötzlichen Sinken der Temperatur und dem Kräftigerwerden der Herztätigkeit. Weniger auffallend ist die Wirkung auf die Rachennekrose und den Nasenfluß; nicht nachweisbar ist sie auf die Komplikationen, die Dauer der Krankheit und den Verlauf der Desquamation. Die prophylaktischen Injektionen mit 15—20 ccm Serum bestärken, ja überflügeln in einem gewissen Maße die Resultate von Moser, indem nur zweimal nach der prophylaktischen Injektion Scharlachinfektion vorkam. Grätzer.

Walter Rittenhouse, Über Arterienrigidität bei Kindern. (Aus der Kinderabteilung der allgemeinen Poliklinik in Wien.) (Ebenda.) Hamburger hat darauf aufmerksam gemacht, daß im Kindesalter schon häufig eine deutliche Rigidität der Arterien (Radialis, Temporalis) zu finden sei. Er weist darauf hin, daß man bei Kindern unter 6 Jahren nur selten eine solche Arterienrigidität findet, daß sie dagegen später mit zunehmendem Alter immer häufiger wird und zur Zeit der Pubertät eine außerordentlich häufige Erscheinung ist.

Es handelt sich nach Hamburger hier wahrscheinlich um denselben Befund, den schon früher Riehl und Romberg des öfteren im Jünglingsalter erhoben haben. Man darf diese Arterienrigidität wohl auf einen erhöhten Tonus der Gefäßmuskulatur zurückführen; er weist darauf hin, wie außerordentlich häufig bei ausgesprochener Arterienrigidität einerseits nervöse Erscheinungen, anderseits vasomotorische Symptome sind. Die subjektiven und objektiven Symptome,

unter denen solche Kinder sehr häufig leiden, sind hauptsächlich folgende: Herzklopfen, Herzschmerz, Druckgefühl im Herzen, ja sogar Anfälle von Angina pectoris vasomotorica, ferner Kopfschmerzen, Anfälle von Ohnmacht, kalte Hände und Füße, ferner das, was man früher als Schulanämie bezeichnete. Alle diese Erscheinungen lassen sich, wie man schon lange weiß, ohne weiteres auf eine besondere Innervationslabilität des Gefäßsystems, das heißt entweder auf eine Hyperämie oder Ischämie bestimmter Organe oder Organbezirke zurückführen.

R. untersuchte im ganzen 250 Kinder im Alter von 2—14 Jahren. Es wurden nur Fieberlose und nicht Schwerkranke zu dieser Untersuchung herangezogen. Kinder im ersten Lebensjahre wurden überhaupt nicht untersucht, da man in diesem Alter nie Arterienrigidität beobachtet, außer bei herabgekommenen, kachektischen, atrophischen Säuglingen.

R. unterschied für seine Untersuchungen vier verschiedene Grade von Rigidität. Als Rigidität I wurden solche Fälle notiert, in denen man die Arterienwand eben als ein Rohr gerade noch fühlen konnte. Normalerweise fühlt man ja, wie bekannt, nur die Pulsbewegung und nicht die Arterienwand. War die Arterienwand deutlicher, das heißt schon recht leicht als Rohr zu palpieren, so war das Rigidität II. Und so kam R. dann weiter durch gefühlsmäßige Übung dazu, bei immer deutlicherem Fühlbarwerden der Arterienwand den Rigiditätsgrad III und IV zu unterscheiden. Rigidität IV sind dann diejenigen Fälle, in denen die Arterie als deutlich starres, im Gewebe hin und her schiebbares Rohr zu tasten war.

In einer ganzen Anzahl von Fällen wurde außerdem noch der Blutdruck mit dem Herzschen Apparate bestimmt, der für diese Zwecke völlig ausreichend ist. R. wollte feststellen, ob zwischen Arterienwandtonus und dem Blutdrucke wirklich ein zweifelloses Verhältnis besteht, was ja wohl zu erwarten war. Es hat sich bei dieser Untersuchung herausgestellt, daß wohl häufig bei hohem Wandtonus ein relativ hoher Blutdruck zu finden ist. Es ist aber die Anzahl der Fälle, in denen bei starkem Wandtonus ein geringer Blutdruck zu finden ist, so groß, daß R. glaubt einen regulären ätiologischen Zusammenhang zwischen diesen beiden Faktoren ablehnen zu dürfen.

Wie aus einer tabellarischen Zusammenstellung hervorgeht, wurde Rigidität I bei Kindern jenseits des siebenten Lebensjahres ungeheuer häufig, im Pubertätsalter in 80% gefunden, und zwar häufiger an der Radialis, als an der Temporalis, wahrscheinlich deshalb, weil erstere an sich leichter der Palpation zugänglich ist als letztere.

R. möchte noch besonders darauf hinweisen, daß alle Kinder, welche hohe Arterienrigidität zeigten, auch über Symptome klagten, welche man mit größter Wahrscheinlichkeit als nervöse auffassen dürfte (mit Ausnahme von einem einzigen). Auch das stimmt mit den Beobachtungen Hamburgers überein. Die Tatsache, daß die Arterienrigidität, auf einer Steifung der Gefäßmuskulatur beruhend, deutlich durch psychische Erregung hervorgerufen wird, zeigte sich R. ferner durch folgende recht interessante Beobachtung. R. war

anfangs überrascht, so außerordentlich häufig bei Kindern im zweiten Lebensjahre eine Rigidität der Temporalarterie zu finden, entdeckte aber bald, daß es sich da nur um eine ganz vorübergehende, nur Minuten dauernde Tonuserhöhung handeln könne. Es zeigte sich nämlich, daß alle die Kinder mit dieser erhöhten Arterienrigidität sich im Zustande ängstlicher Erregung befanden; sobald es mir nämlich gelungen war, die Kinder zu beruhigen, verschwand auch die Tastbarkeit der Arterien.

Schon Hamburger wies darauf hin, daß der Grad der Rigidität bei ein und demselben Kinde sehr häufig wechsle, was R. auf Grund seiner Beobachtungen bestätigen kann. R. glaubt mit ziemlicher Sicherheit bemerkt zu haben, daß auch bei älteren Kindern der Rigiditätsgrad wesentlich von dem psychischen Erregungsgrad abhängig ist. Grätzer.

V. Gielczynski, Über einen Fall von Emphysema pleurale mediastinale und subcutaneum im Verlaufe einer Bronchopneumonie beim Säugling. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Lemberg.) (Wiener klin. Wochenschr. 1912. Nr. 25.) Bei dem 6 Monate alten Säugling mit einer ausgebreiteten entzündlichen Lungenaffektion kam es durch ein Bersten der vorher vikariierend aufgeblähten Lungenalveolen zum Eindringen der Luft teils durch das Mediastinum in das Unterhautgewebe am Halse und später am Brustkorbe, teils in die Thoraxhöhle; so entstand einerseits ein Emphysema mediastinale und subcutaneum, anderseits ein Pneumothorax. Grätzer.

L. Unger, Beiträge zur Pathologie und Klinik der Neugeborenen. II. Status thymico-lymphaticus eines Neugeborenen. (Aus der II. Univers.-Klinik in Wien.) (Wiener medizin. Wochenschr. 1912. Nr. 18.) Der Fall, über den U. berichtet, ist nach zwei Richtungen hin von Interesse: einmal nach der Richtung, daß es sich um ein neugeborenes Kind handelt, welches mit allen anatomischen Merkmalen des Status thymico-lymphaticus behaftet war, ein Befund, der bei einem Neugeborenen bisher noch nicht beschrieben worden ist, und das andere Mal nach der Richtung, daß die klinischen Erscheinungen bei diesem Kinde ziemlich geringfügig waren, zum wenigsten in keinem Verhältnis zu der nachweisbaren Größe der hyperplastischen Thymus standen. Grätzer.

B. Schick, Zwei Fälle von familiärer spinaler Muskeldystrophie. (Aus der k. k. Univers.-Kinderklinik in Wien.) (Ebenda.) S. bringt die Krankengeschichten von zwei Brüdern, einem 9jährigen und einem 4jährigen Knaben.

Kurz zusammengefaßt, ergibt sich bei beiden Kindern folgendes Krankheitsbild. Nach anfänglich vollkommen ungestörter, ja auffällig guter Entwicklung aller Funktionen — die Kinder lernten frühzeitig sich aufstellen und gehen — verschlechtert sich allmählich das Gehvermögen ungefähr vom Ende des ersten Lebensjahres ab. Die Kinder magern ab, die Muskulatur des Beckengürtels, der unteren Extremitäten wird schwächer und dünner, im weiteren Verlaufe aszendiert

die Erkrankung auch auf die Muskulatur der oberen Extremitäten und die Nackenmuskulatur. Die Knochen werden zart. Das ältere der zwei Kinder muß am Ende des zweiten Lebensjahres wie ein Säugling gewickelt werden. Die Erkrankung steht beim älteren Kinde im dritten Lebensjahre stille, die Muskeln erholen sich ganz allmählich mit Ausnahme des M. quadriceps, der völlig gelähmt bleibt. Der Verlauf der Erkrankung ist beim zweiten Kinde anfangs ähnlich wie beim Bruder, nur sind die Atrophien nicht so weit gediehen. Es scheint, daß auch hier im dritten Lebensjahre das Fortschreiten der Erkrankung sistiert hat. Der weitere Verlauf läßt sich noch nicht sicher feststellen. Die Lähmungen sind schlaff, die elektrische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln ist erloschen. Pseudohypertrophie fehlt.

Einzeln betrachtet und ohne Kenntnis der Anamnese wäre man geneigt, die Fälle als abgelaufene Poliomyelitis aufzufassen.

Der familiäre Charakter der Erkrankung, der zeitlich analoge Beginn derselben am Ende des ersten Lebensjahres, der chronische Verlauf mit fast durch 2 Jahre sich erstreckender Progredienz der Erscheinungen, die zur Schwäche fast der gesamten Muskulatur führt, die Lokalisation der größten Schädigung im Bereiche der unteren Körperhälfte, ihre Tendenz zur Aszendierung entspricht dem Bilde der „infantilen hereditären familiären spinalen Muskelatrophie“ im Sinne von Hofmann-Werdnig. Was mit dieser Diagnose nicht übereinstimmt, ist das Sistieren der Progredienz im dritten Lebensjahre. Die Frage, ob diese Fälle nicht in die Gruppe der chronischen Poliomyelitis gehören, läßt sich klinisch nicht entscheiden; dies würde sich selbst bei anatomischer Untersuchung nicht mit genügender Sicherheit feststellen lassen. Gibt es ja überdies Autoren (Dejerine), die spinale progressive Amyotrophien und Poliomyelitis chronica identifizieren. Grätzer.

O. Stiner, Ergebnisse der Serumdiagnostik bei kongenitaler Lues. (Aus dem Institut zur Erforschung der Infektionskrankheiten d. Universität Bern.) (Corresp.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1912. Nr. 16.) Fast alle Untersucher heben die große Regelmäßigkeit hervor, mit der durch die Wassermannsche Reaktion die ererbte Syphilis bei manifesten Symptomen angezeigt wird. Die symptomlosen Kinder luetischer Mütter reagieren ungefähr im selben Verhältnis wie die latenten Syphilitiker. Es ist das bei Neugeborenen dadurch zu erklären, daß in den negativ reagierenden Fällen die Infektion intra partum stattgefunden hat und daß diese eigenartige Latenzzeit als erstes Inkubationsstadium der Syphilis anzusehen ist (Bruck). Die positive Reaktion ist bei manifester unbehandelter Lues congenita außerordentlich stark. Das Serum reagiert gewöhnlich bis 0,01, also in 100 facher Verdünnung, mit den empfindlichen Azetonextrakten sogar oft bis zur Verdünnung 1:1000. Über ähnliche Resultate berichtet Boas.

Das St. zur Verfügung stehende Material, etwa 120 Fälle mit zirka 50 positiven Reaktionen, stammt aus fast allen Teilen der Schweiz. Im Verhältnis zur Gesamtzahl der im gleichen Zeitraum

von der Luesabteilung ausgeführten zirka 4000 Untersuchungen ist diese Zahl von 120 Fällen eine geringe; sie wäre wahrscheinlich größer, wenn nicht viele Ärzte vor der vermeintlichen Schwierigkeit der Blutentnahme zurückschrecken würden.

Ein Wort zur Technik der Blutentnahme. Bei den meisten Kindern wird trotz der Kleinheit der Gefäße ein Einstich in die leicht gestaute Vena mediana gelingen und die nötige Quantität, 2—3 ccm, Blut liefern. Aus der großen Zehe oder aus den Ohrläppchen gelingt die Entnahme weniger gut und ist zeitraubend. Bei schlecht sichtbaren Armvenen bleiben zwei Wege: bei fetten Kindern ist der Schröpfkopf zu empfehlen, bei mageren liefert ein kleiner Schnitt, $^1/_2$—1 cm lang, quer über einen der ektatischen Frontalvenenäste genügend Blut.

Das klinische Bild der kongenitalen Lues ist ein so mannigfaltiges und wechselvolles, daß auch der Syphilidologe gerne die serologische Untersuchung zur Sicherung seiner Diagnose heranzieht; um so mehr wird die Reaktion dem Nichtspezialisten große Dienste leisten.

Das konstanteste und hervorstechendste Symptom der Syphilis des Neugeborenen ist die Coryza, der luetische Schnupfen. Die anatomische Grundlage dafür ist eine Rhinitis sicca. Diese Rhinitis kann, wenn sie typisch ausgebildet ist, allein schon ohne andere Symptome zu der Diagnose Lues führen. Unter 22 Fällen von Rhinitis, die zur Untersuchung gelangten, fand St. 15 mit positiver Reaktion, dabei waren in der Anamnese und im Status der Patienten in acht Fällen absolut keine anderen Anhaltspunkte für Lues vorhanden. Mit Ausnahme eines einzigen Falles reagierte jede Rhinitis positiv, die speziell als sicca oder hypertrophica hervorgehoben war. Das negativ reagierende Kind war erst 3 Wochen alt, konnte also event. die Reaktionskörper noch nicht hervorbringen. Zwei Fälle, in denen behindertes Nasenatmen mit Lähmung, bzw. Pseudolähmung vergesellschaftet war, reagierten ebenfalls positiv. Speziell in den Fällen, wo die Rhinitis sicca das einzige Symptom einer hereditärluetischen Erkrankung ist, ist die Wassermannsche Reaktion von großer Bedeutung für die Diagnose. Dasselbe gilt, vielleicht in noch größerem Maße, für die bei der Erbsyphilis als vereinzelte Symptome auftretenden Darmerscheinungen, Leberschwellungen, meningitischen Störungen.

Die Hauterscheinungen der Lues congenita sind im allgemeinen charakteristisch genug zur Sicherstellung der Diagnose. Die Reaktion wird aber gute Dienste leisten in den vielen Fällen, wo trotz manifester luesverdächtiger Symptome die Lues von den Eltern geleugnet wird. St. beobachtete in acht Fällen innerhalb der ersten drei Monate positive Reaktion. Ein Fall von Paronychie reagierte ebenfalls positiv. Ein Pemphigus bei einem $2^1/_2$ Monate alten Kinde erwies sich durch negative Reaktion als nicht luetisch. Dagegen zeigte ein 3 Monate altes Kind mit multiplen Abszessen zwischen Haut und Periost des Schädels eine positive Reaktion.

Von den frühsyphilitischen Affektionen des Knochensystems, die gewöhnlich im ersten Vierteljahr auftreten, kamen zwei Fälle unter

dem Bilde der Parrotschen Scheinlähmung zur Untersuchung. Beide reagierten positiv. Spontanfrakturen bei einem anderen negativ reagierenden Kinde konnten auf andere Ursachen zurückgeführt werden. Verbiegungen der Unterschenkel bei einem 4 Monate alten, nicht rachitischen Kinde zeigten durch positive Reaktion ihren luetischen Charakter an.

Hydrocephalus reagierte in zwei von sechs Fällen (5 Monate und $1^1/_2$ Jahre alt) positiv. Venenektasien, denen so oft Bedeutung für die Diagnose der Lues zugeschrieben wird, zeigten nie positive Reaktion.

Frühsymptome von seiten der Eingeweide, die in acht Fällen wegen Luesverdacht zur Untersuchung führten, waren nur in einem Falle mit positiver Reaktion verbunden, in einem typischen Fall von Lebersyphilis mit Ikterus und Hypertrophie von Leber und Milz. Zwei weitere Fälle von Leberhypertrophie reagierten negativ.

Von zehn Fällen von Atrophie waren drei syphilitisch, das heißt sie hatten positive Reaktion. In einem Falle waren vergrößerte Kubitaldrüsen nachgewiesen, ein zweiter war mit einer Mißbildung kompliziert.

Die zur Untersuchung gelangten Säuglinge mit eklamptischen und epileptiformen Anfällen, mit zerebralen und meningitischen Symptomen zeigten nie positive Reaktion, dagegen trat diese auf bei vier derartigen Fällen im späteren Kindesalter, von 4—8 Jahren.

Die Lues hereditaria tarda reagierte bei manifesten Symptomen prompt. Neun Fälle von Keratitis parenchymatosa reagierten sämtlich positiv. Die Feststellung eines einzigen Hutchinsonschen Zahnes führte zur Anstellung der Reaktion; sie war positiv. Ebenso in einem Falle von Mikrodontie. Ein Fall von Taubheit, ein Fall von Schwerhörigkeit reagierten positiv (bei dem zweiten war in der Anamnese eine abgelaufene Keratitis festgestellt.) Von Knochenerkrankungen zeigten sich drei luetisch, zwei davon bestanden in der charakteristischen Auftreibung der Tibia. Zwei Kinder im Alter von 12 und 14 Jahren mit Drüsenpaketen am Halse zeigten positive Reaktion. Sechs andere Fälle von Drüsenerkrankungen reagierten negativ. Ein Fall, bei dem außer Schwellung der Leber keine Krankheitssymptome vorlagen, konnte, da er positiv reagierte, einer rationellen Behandlung zugeführt werden.

Interessant ist das Verhalten der Reaktion bei Idiotie und den ihr verwandten Erscheinungen. Neun Fälle, die zur Untersuchung kamen, reagierten alle negativ. Es sind über die Beziehungen der Lues congenita zur Idiotie in andern Ländern weitgehende Untersuchungen an Hand der Wassermannschen Reaktion gemacht worden. So untersuchte Kürner 1244 Insassen von neun Schwachsinnigenanstalten Württembergs, wobei hauptsächlich berücksichtigt wurden Idiotie, Epilepsie, Hydro- und Mikrozephalus und Little. Von den 1244 Untersuchten reagierten 119, also 9,6 % positiv. Unter diesen 119 waren 60, die Hälfte, Idioten. Die anderen Krankheiten waren vertreten wie folgt: Epilepsie 31, sekundäre Verblödung 10, Hydrozephalus 6, Mikrozephalus 4, Varia 7. Kürner schätzte danach die

Fälle von Idiotie und Epilepsie, die auf Rechnung der Erbsyphilis kommen, auf zirka 15 % bzw. 5—6 %. Ähnliche Zahlen fanden Alt und Lippmann für die Schwachsinnigen Preußens. Untersuchungen französischer Autoren (Raviart, Breton, Petit, Gayet) ergaben bei 400 Fällen von Idiotie, Imbezillität und Epilepsie 29,2 % positive Reaktionen, also 117 kongenital Luetische. Frühere Schätzungen der Psychiater decken sich ungefähr mit den Befunden der genannten deutschen Autoren. Wildermuth setzt 12 %, Binswanger 9,5 %, Ziehen 10 % der Fälle jugendlichen Schwachsinns auf Rechnung der angeborenen Syphilis. Über die Bedeutung der Lues für die Epilepsie gehen die Ansichten weit auseinander. Bratz schätzt die Zahl der kongenital Luetischen unter den Epileptikern auf 4—7 %, Siebold auf 1,8 %, Heubner auf 23 %. Für die schweizerischen Verhältnisse sind die Untersuchungen von Kürner von großem Werte, da der Kropf in Württemberg ebenfalls endemisch ist, der in der Schweiz neben dem Alkoholismus so oft für den Schwachsinn verantwortlich gemacht wird. Eine serologische Untersuchung dieser Schwachsinnigen würde wahrscheinlich eine große Anzahl derselben als Erbsyphilitiker erkennen lassen, und es könnte auf Grund dieser Diagnose wenigstens ein Teil dieser Unglücklichen einer rationelleren Behandlung und damit einer Besserung und sogar Heilung zugeführt werden.

Für die Kinderpraxis ist die Serumdiagnostik der Syphilis von um so größerer Bedeutung, als hier noch mehr als bei der Lues der Erwachsenen die Anamnese oft vollständig versagt. Der Ehemann der klinisch gesunden Mutter eines luetischen Kindes gibt in den seltensten Fällen die Infektion zu, aus einigermaßen begreiflichen Gründen. Die Syphilis der infizierten Mütter verläuft oft so leicht, daß viele dieser Frauen von ihrer Krankheit gar nichts wissen. Bei St.s Material sind etwa in 15 % der Fälle Angaben der Eltern vorhanden über durchgemachte Syphilis, dagegen ist bei 53 von 120 serologisch untersuchten Kindern durch die positive Reaktion Lues congenita konstatiert worden, also in 44 %. Zweidrittel der Eltern haben somit die Infektion negiert. Der Arzt soll nun in diesen Fällen ohne richtige Anamnese, oft auf ein einziges Symptom basierend, seine Diagnose stellen und danach die Therapie einrichten. In diesen Fällen ist der Nutzen der Serumdiagnostik am größten. Eine lege artis ausgeführte Wassermannsche Reaktion gibt meist vollen Aufschluß. Eine positive Reaktion ist bei richtiger Technik absolut beweisend für Syphilis, eine negative bei manifesten luesverdächtigen Symptomen läßt Syphilis fast mit Sicherheit ausschließen.

Grätzer.

K. Landsteiner, C. Levaditi und **C. Pastia,** Recherche du virus dans les organes d'un enfant atteint de poliomyélite aiguë. (Bull. Acad. des sc. 1911. Mai und Juni.) Ein wegen Pleuritis aufgenommenes 2jähriges Kind zeigt einen Monat später Erbrechen, Fieber, Rötung des Halses und auf den Mandeln weiße lakunäre Depôts. 3 Tage später hatte das Kind eine Lähmung der Beine, des linken Armes, der Rücken- und Nackenmuskeln; eine Lähmung der Atmungszentren führte noch in gleicher Nacht den Tod herbei. Bei der Autopsie fand man vor allem die Zeichen

akuter Poliomyelitis, ferner Hypertrophie der Mandeln mit Belägen in den Lakunen.

Von Organstückchen wurden Aufschwemmungen in isotonischer Salzlösung gemacht und Affen in der Dosis von 0,5 ccm in das Gehirn und von 1,75 ccm in die Bauchhöhle eingespritzt.

Bei zwei Rhesus, der eine mit Mark-, der andere mit Mandelaufschwemmung geimpft, konstatierte man bei der histologischen Untersuchung die typischen und intensiven Veränderungen akuter Poliomyelitis. Ein mit Material aus dem Pharynx geimpftes Tier bot eine fast vollständige Lähmung, blieb aber am Leben.

Andere, mit Zervikalganglien, Milz, Speicheldrüsen und Mesenterialganglien geimpften Tiere blieben, ohne Lähmungen bekommen zu haben, am Leben.

Das Interesse an dieser Beobachtung ruht darin, daß die Poliomyelitis mit manifesten Zeichen einer lakunären Angina begonnen hat und daß das spezifische Virus gerade in Mandeln und Pharynx nachgewiesen werden konnte. Die Forscher halten es darum für sehr wahrscheinlich, daß der Erreger der Poliomyelitis in diesem Einzelfall Mandeln und Rachenschleimhaut als Eintrittspforten gehabt hat. Sicher ist, daß man des öfteren, ganz besonders in gewissen Epidemien, die Poliomyelitis mit den Erscheinungen einer Angina hat beginnen sehen. In anderen Epidemien wiederum hat man der Infektion verschiedenartige Initialsymptome (Verdauungsstörungen z. B.) vorausgehen sehen. Aus alledem geht hervor, daß man für die epidemische Kinderlähmung mehrere Wege annehmen muß, auf dem das Krankheitsvirus in den Organismus eindringen kann. Wie dem auch sein mag, jedenfalls zeigt die mitgeteilte Beobachtung von Mandeln und Pharynx als Eintrittspforten. H. Netter (Pforzheim).

Fuster und **Pélissier,** Über einen Fall von Polyadenitis mesenterica acuta suppurativa und Einbruch in den Darm. (La Province médicale 1911. 17. Juni.) Ausführliche Mitteilung dieses nach Entstehungsursache wie nach der differentialdiagnostischen Seite hin sehr lehrreichen und interessanten Falles mit genauem Autopsie- und histologischem Befund von einem 10jährigen Mädchen und Versuch einer Präzisierung des Krankheitsbildes an der Hand der nicht zahlreichen Literatur. Die daraus sich ergebenden Schlußfolgerungen lassen sich kurz zusammenfassen: Die Diagnose der Adenitis mesenterica acuta ist nahezu unmöglich wegen der Unzulänglichkeit der beobachteten Symptome. Bei allen Eingriffen wegen akuter Infektionen des Darmes oder Peritoneums soll das Mesenterium systematisch exploriert und die der Entzündung verdächtigen Drüsenganglien exstirpiert werden im Hinblick auf die schweren, von ihnen ausgehenden Komplikationen. Die Adenitiden des Mesenteriums scheinen eine Rolle zu spielen in der Geschichte gewisser lokalisierter oder generalisierter Peritonitiden, deren Ursache noch dunkel erscheint.
H. Netter (Pforzheim).

Ardin-Delteil, L. Nègre und **M. Raynaud,** Zwei Fälle von Typhus recurrens, mit Arsenobenzol behandelt und geheilt.

(La Province medicale 1911. Nr. 34. 26. August.) Die Forscher hatten Gelegenheit, mit einem französischen Präparat, dem Arsenobenzol Billon, zwei Rekurrenskranke zu behandeln, und sie geben hier in kurzem Resumé ihre Beobachtungen wieder, welche die mit der Injektion erzielten, wirklich bemerkenswerten Resultate zeigen: Das erste bei einem jugendlichen Laboratoriumgehilfen des Pasteurschen Instituts in Algier, wo er sich auch infiziert hatte. Am 2. Juni 7 Uhr abends erhielt der Kranke, nachdem um 4 Uhr die Untersuchung des Blutes spärliche Spirillen ergeben hatte (eine Spirille auf fünf Gesichtsfelder), eine intravenöse Injektion von 0,6 g Arsenobenzol, d. h. genau 24 Stunden nach Beginn der Krankheit. In diesem Augenblick war die Temperatur 39,6, Puls 102, erstere wurde von da ab dreistündlich gemessen und jedesmal eine Blutuntersuchung gemacht. Um 10 Uhr abends war die Temperatur 40,4; eine Spirille auf acht Gesichtsfelder; um 1 Uhr morgens: Temperatur 39,9°, eine Spirille im Präparat; um 4 Uhr morgens: Temperatur 37,8, eine Spirille im Präparat; um 7 Uhr morgens: Temperatur 37,4, keine Spirillen; um 9 Uhr morgens: Temperatur 36,6, keine Spirillen. Also in kaum 12 Stunden hat eine intravenöse Injektion von 0,6 g Arsenobenzol eine beginnende Spirilleninfektion abgeschnitten. An den folgenden Tagen (die Kurve reicht bis zum 14.) bleibt die Apyrexie bestehen, der Allgemeinzustand ist gut. Entlassung am 15. Juni; ohne daß Zeichen eines Rezidivs sich bemerkbar gemacht hätten. Im zweiten Fall, bei einem erwachsenen Eingeborenen, war das Resultat dasselbe. Hier wurde nach dem zweiten Rezidiv, genau 9 Stunden nach Beginn der Temperatursteigerung, eine intravenöse Injektion von 0,6 g Arsenobenzol gemacht. H. Netter (Pforzheim).

Gugelot, Appendizitis mit einem spontan durch Erbrechen geheilten retrozökalen Abszeß. (Soc. de méd. du Nord.) (La Province médicale 1911. Nr. 40.) Die Beobachtung betrifft ein 7jähriges Kind und bietet verschiedene interessante Besonderheiten.

Da ist zunächst die wahrscheinliche Rolle der Askariden, deren Träger das Kind war, beim Ausbruch der Appendizitis. Da ist ferner der schleichende Verlauf derselben, die geheilt schien, als ganz plötzlich die Temperatur wieder auf 39° anstieg. Der plötzliche Wiedereintritt der Erscheinungen ließ an die Möglichkeit einer retrozökalen Eiterung denken, aber das Fehlen positiver objektiver Zeichen ließ die Diagnose im Zweifel. In solchen Fällen gewinnt der Nachweis einer starken Hyperleukozytose (50000—70000) eine kapitale Bedeutung, und in Verbindung mit andern Wahrscheinlichkeitszeichen hätte er das Vorhandensein eines periappendikulären Abszesses bestätigen helfen und so einen chirurgischen Eingriff herbeiführen können. Glücklicherweise nahm die Eiteransammlung, die in ein wichtiges Organ, Darm, Blase, Peritoneum, hätte einbrechen können, ihren Weg nach der Unterfläche des Zwerchfelles und wurde, nach Perforation dieses Muskels, durch Erbrechen nach außen entleert. Die anfänglich sehr reichliche Evakuation des Eiters wurde immer geringer, und 17 Tage nach dem Erbrechen war die eitrige Expektoration völlig versiegt. H. Netter (Pforzheim).

Mairet, Colère paroxystique et épilepsie psychique (Revue de médecine 1911. Oktober.) (Lépine-Festschrift.) Zornausbrüche kommen bei Epileptikern zwischen den Anfällen, kurz vor oder nach einem Anfall vor oder sie können den Anfall ersetzen, einen wahren epileptischen Anfall, eine „psychische Epilepsie", abgeben und so als epileptisches Äquivalent figurieren (neben typischen epileptischen Anfällen bei demselben Individuum). In letzterem Falle sind die Zornausbrüche durch ihr plötzliches Auftreten, durch die Gesichtskongestion mit nachfolgender Blässe, Schaum vor dem Munde, Bewußtlosigkeit, Amnesie als epileptisches Äquivalent erkennbar. Es können auch die epileptischen Anfälle völlig verschwinden uud durch Krisen manischer Wut mit Amnesie ersetzt werden; diese wiederum können sogar die erste und einzige Manifestation der Epilepsie sein. „Die psychische Epilepsie existiert in der Tat und der anfallsweise Zorn ist einer ihrer Typen." Drei Krankengeschichten illustrieren das Gesagte. Kurt Mendel.

René Sand, L'anatomie pathologique de la chorée. (Journal de Neurologie 1912. Nr. 5.) S. fand in einem Falle von Chorea minor, ebenso wie in einem früheren untersuchten Falle, doch in weniger ausgesprochenem Grade eine Hirnhyperämie (bis zu kapillärer Hämorrhagie), verschiedene Läsionen der Nervenzellen, besonders im Thalamus opticus, wo die Zellen zum Teile ganz verschwunden sind, Fellgliose und eine Bindegewebswucherung in den spinalen weichen Meningen mit hyaliner Degeneration. S. glaubt, daß diese Veränderungen eine besondere Lokalisation eines toxi-infektiösen Prozesses darstellen: die Chorea minor zeigt degenerative Veränderungen toxischen Ursprungs, besonders in den Basalganglien und speziell im Thalamus opticus. Kurt Mendel.

A. Koos, Aneurysmen im Kindesalter. (Orvosi Hetilap. 1912. Nr. 21.) Die Ätiologie der Aneurysmen ist im Kindesalter dieselbe wie bei Erwachsenen, vielleicht spielt die Mykoseinfektion eine größere Rolle. Das Haften der infektiösen Thromben ist entweder einer angeborenen oder akquirierten Veränderung der Gefäßwand zuzuschreiben, es ist aber nicht ausgeschlossen, daß unter gewissen Umständen auch an gesunder Gefäßwand Thromben haften können. Die Entwickelung ist meistens eine schleppende, die Therapie wie bei Erwachsenen.
Ernö Deutsch (Budapest).

I. W. M. Indemans, Erythema infectiosum. (Nederl. Tijdschrift vor Geneeskunde 1912. Nr. 3. Heft 2.) I. beobachtete in Maastricht eine unter Kindern meist zwischen 7 und 12 Jahren, selten jüngeren Alters, epidemisch auftretende, erythematöse Erkrankung, die er als einen Morbus suis generis anspricht. Scharlach, Masern oder Rubeola waren sowohl durch verschiedene Symptome als besonders auch darum ausgeschlossen, weil einige der Kinder diese Krankheiten kurz vor oder bald nach der besprochenen Affektion durchmachten. Erythema scarlatiniforme tritt nie so fieberlos, Erythema exsudat. multiforme polymorpher auf, andere Dermatosen zeigen einen weniger harmlosen Verlauf oder andere Lokalisation. Die beschriebene Rö-

tung erschien nach einigen Tagen prodromaler Blässe, Appetitlosigkeit, leichten Schnupfens zuerst im Gesicht, mit Freilassung von Nase und Mund, dann an den Streckseiten der Extremitäten, der Rumpf blieb oft frei. Die Rötung stieg bis zu zyanotischer Farbe, Infiltrationen traten hinzu, wuchsen und konfluierten. Daneben bestand leichter, trockener Husten, Schmerz an Pharynx und Tonsillen, manchmal Drüsenschwellung, niemals Fieber. Der nie in Bläschen oder Pusteln übergehende Hautausschlag wurde binnen 4—7 Tagen blässer und heilte in allen Fällen ohne Folgeerscheinung ab. Trotzdem die Erkrankung epidemisch auftrat, scheint ihre Infektiosität nicht bedeutend zu sein, da Kinder der gleichen Familie ohne alle Vorsichtsmaßregeln einander doch nicht ansteckten. Max Joseph (Berlin).

A. Ravenna, Zur Frage der kindlichen Toleranz gegen Morphium. (Riv. di Clin. ped. 1912. Nr. 5.) Das 17 monatige Kind erhielt wegen Keuchhustenanfällen eine subkutane Morphininjektion, aber infolge eines Irrtums des Herstellers der Lösung statt 0,001 die zehnfache Dosis 0,01. Es folgte ein schwerer Kollaps mit Untertemperatur, Koma, extremer Miose, aus dem sich das Kind unter Anwendung von Exzitantien sehr langsam erholte. Der Fall lehrt aber, daß man bei Kindern mit Morphindarreichung im Bedarfsfall nicht zu ängstlich zu sein braucht. M. Kaufmann.

E. Gagnoni, Die Malaria der Kinder. (Riv. di Clin. ped. 1912. Nr. 5.) G. beschreibt zuerst zwei Fälle, die zeigen, daß das Fieber der Malaria ohne Chininbehandlung schwinden kann, wenn die Kinder aus der Malariagegend fortgebracht werden, daß aber dann die Malaria durch eine interkurrierende fieberhafte Affektion (hier Appendizitis bzw. Influenza) wieder aufflackern kann. Weitere sechs Fälle sind ein Beleg dafür, daß im Blute Malariaplasmodien kreisen können, ohne daß Malariasymptome vorhanden sind. Schließlich weist G. darauf hin, daß wie beim Erwachsenen auch beim Kind malariakranke Individuen mehr Chinin ohne Intoleranzerscheinungen ertragen als gesunde; es beruht dies auf dem Parasitotropismus des Chinins (vier Krankengeschichten; Beispiel 6 jähriges Kind: 25 Tage lang täglich 1 g Chininbichlorid subkutan, dann längere Zeit 0,5 Bisulfat per os; Kind von 10 Monaten: 1. Tag 1,0 Bichlorid subkutan, 5 Tage 1,0 und längere Zeit 0,5 Tannat per os). M. Kaufmann.

L. Pollini, Über Gegenwart und Verteilung von Kohlenstaub in Kinderlungen. (Riv. di Clin. ped. 1912. Nr. 6.) Die Untersuchungen wurden von den Lungen von 43 Kindern im Alter von 11 Tagen bis 8 Jahren ausgeführt. 3 ccm (durch Wasserverdrängung volumetrisch abgemessen) Lunge wurde fein zerrieben, dann mit 40 ccm Antiformin bis zur Auflösung geschüttelt, die freigewordene Kohle mit 15 ccm Alkohol aufgenommen, zentrifugiert, mit Wasser gewaschen, mit Alkohol getrocknet und nach einiger Zeit in 5 ccm Ätherölmischung in einem Reagenzglas von 1 cm Durchmesser suspendiert. Die Farbe dieser Suspension wurde dann mit Kohlensuspensionen von bekanntem Gehalt verglichen. Es ergab sich, daß

bei Kindern unter 45 Tagen sich kein Kohlenstaub in der Lunge findet; zwischen 1/2 und 8 Monaten können Spuren vorhanden sein, während bei älteren Kindern, mit fortschreitendem Alter immer mehr sich stets bestimmbare Mengen vorfinden. Die Verteilung auf beide Lungen ist gleichmäßig; dagegen enthalten die Oberlappen mehr als die Unterlappen. Bei den aus Mailand stammenden Kindern ist der Gehalt ungefähr der gleiche wie bei Landkindern.

M. Kaufmann.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Pädiatrische Sektion.

Offizielles Protokoll vom 11. Dezember 1911.

Schluß (aus Nr. 9) der Diskussion zu Sommerfeld: **Infektionsdauer der Diphtherie.**

Paul Fränkel kommt auf die Art der Diphtheriebekämpfung in den Schulen Charlottenburgs zurück. Er erkennt an, daß hierdurch die Kinder dagegen geschützt werden, sich mit Diphtherie in der Schule zu infizieren. Er glaubt aber, daß für die Unterdrückung der Diphtherieepidemie im ganzen hiermit wenig erreicht ist. Denn einerseits sind ja die Bazillenträger außerhalb der Schule nicht isoliert, anderseits sind die Erkrankungen an Diphtherie bei den jüngeren Kindern viel häufiger und vor allem viel schwerer als bei den Kindern im schulpflichtigen Alter. Er möchte darauf das Hauptgewicht legen, daß in möglichst ausgedehntem Maße von prophylaktischen Seruminjektionen Gebrauch gemacht wird. Hierauf führt er es zurück, daß er niemals, trotz häufigen Mangels jeglicher Isolierung, eine Infektion anderer Geschwister gesehen hat.

F. Meyer: Ich habe mich seit längerer Zeit mit dieser Frage, speziell mit der Herstellung eines bakteriziden Serums beschäftigt. Ich habe mich überzeugt, daß damit ein Erfolg nicht zu erzielen war. Dagegen habe ich mit einem Verfahren Resultate gewonnen, von dem ich hoffen möchte, daß es weiter ausgearbeitet wird. Es ist die aktive Immunisierung mit abgetöteten Bazillen zu einer Zeit, in welcher die Kranken noch unter dem antitoxischen Einfluß der therapeutischen Heilserumbehandlung stehen. Ich stellte mir abgetötete Diphtheriebazillen dar, deren toxische Komponente in bestimmter Weise beseitigt wurde. Ich erziele das dadurch, daß ich die Bazillen längere Zeit in destilliertem Wasser ausschüttele und stehen lasse (2—3 Wochen), so daß das Toxin extrahiert wird. Es gelingt, mit diesen Bazillen, welche frei von jeder toxischen Komponente sind, so gut zu immunisieren, daß die Injektion niemals von irgendwelchen unangenehmen Folgen begleitet ist. Gleichzeitig sieht man, daß die agglutinative Kraft des Serums steigt, während nach Giftimmunisierung es niemals gelingt, irgendwelche Agglutinationskörper festzustellen. In zehn so behandelten Fällen verschwanden die Bazillen bald nach der eingeleiten Behandlung. Ein zweiter Punkt, auf den ich kurz hinweisen möchte, ist die außerordentliche Wichtigkeit der Zahnpflege bei Diphtherierekonvaleszenten. Ich habe lange Zeit einen derartigen Fall vergeblich behandelt, erst als ich darauf kam, die Zähne zu untersuchen, und unter einer nicht gut sitzenden Plombe einen Defekt mit einer Reinkultur von Bazillen entdeckte, gelang es mir, durch eine richtige zahnärztliche Behandlung dieses Kind außerordentlich schnell bazillenfrei zu machen. Was den letzteren Punkt der Immunisierung mit antitoxischem Heilserum betrifft, so möchte ich nur darauf

hinweisen, daß in letzter Zeit mehrere Fälle bekannt geworden sind, wo ein Schutz nicht erzielt wurde und sogar noch innerhalb der ersten drei Wochen Diphtherieinfektionen eingetreten sind.

A. Dietrich: Baron hat uns hinter die Kulissen der geschilderten hygienischen Maßregeln von Charlottenburg blicken lassen. Es erhellt daraus, daß mit solchen Vorschriften allein nichts getan ist, daß vielmehr zu den hygienischen Anordnungen auch die Erziehung kommen muß. Hier ist es aber gerade Sache der Ärzte, den Behörden mitzuhelfen, daß diese Maßregeln auch in entsprechender Weise zu Hause durchgeführt werden. Selbstverständlich ist ein Bazillenträger aber auch nicht eine absolute Infektionsquelle; so kommt es, daß er harmlos bleiben kann, wenn er nicht Leute mit geeignetem Boden in seiner Umgebung findet. Ich möchte dann noch eine Frage bezüglich der prophylaktischen Impfung stellen. Es ist in der Tagespresse wiederholt „von autoritativer Seite" empfohlen worden, prophylaktische Impfung in großem Maßstabe auszuüben. Das scheint mir bedenklich, da von anderer Seite davor gewarnt ist. Es würde interessant sein zu hören, wie die Erfahrung der Kinderärzte sind, vor allen bezüglich der Gefährlichkeit einer späteren zweiten Injektion.

Heubner: Dietrich zur Antwort, daß wir, seit das Diphtherieheilserum existiert, dauernd immunisieren und daß ich niemals irgendwelche anaphylaktischen Erscheinungen dabei beobachtet habe. Ich muß zugeben, daß solche Fälle vorkommen können, vielleicht auch vereinzelt beobachtet sind, aber in meinen Abteilungen ist das bis jetzt nicht der Fall gewesen. Wenn ein Diphtheriefall in einem Saale vorkommt, werden die jeweiligen Insassen der Immunisierung unterworfen, auf der Masernabteilung überhaupt jeder Aufgenommene, mit dem Erfolg fast ausnahmslosen Freibleibens der Masernabteilung von Diphtherie. Ich werde hierüber gelegentlich mal eine Zusammenstellung machen lassen. Weiter noch eine Bemerkung! Aus der heutigen Diskussion geht eine Tatsache hervor, die noch nicht betont, aber doch von Wichtigkeit ist: daß der Diphtheriebazillus nicht ubiquitär ist. Sie wissen, daß Behring die Meinung geäußert hat, daß eine längere Isolierung von Bazillenträgern nutzlos sei, da doch — wenigstens in den großen Städten — der Krankheitserreger allgemein verbreitet sei: eine Ansicht, die schon vor langen Jahren ausgezeichnete Hygieniker teilten. Wir haben aber heute aus den Mitteilungen von Sommerfeld und von Dietrich gehört, daß selbst in einer Stadt wie Berlin, wo die Diphtherie nie ausgeht, doch der Bazillus nicht ubiquitär ist. Das geht auch aus einer im Jahrbuch für Kinderheilkunde mitgeteilten Untersuchung von Hasenknopf und Rothe aus dem Kadettenhause in Potsdam hervor. Nach dem Auftreten von Diphtherie bei einigen Kadetten wurde jeder einzelne Zögling des Hauses durch das Berliner Institut für Infektionskrankheiten auf die Anwesenheit von Diphtheriebazillen in Mund- und Rachenhöhle untersucht, und im ganzen Kadettenhause sind bei keinem einzigen Insassen Bazillen nachgewiesen worden, außer bei den drei Erkrankten. Daraus geht doch unzweideutig hervor, daß der Diphtheriebazillus kein ubiquitärer Parasit ist und die Zurückhaltung von Bazillenträgern vom Verkehr an sich durchaus gerechtfertigt erscheint. Was nun aber diese Maßregel in dem praktischen Krankenhausdienst anbelangt, so muß auch ich sagen, daß die Geldfrage dabei ausschlaggebend ist. Die Leute wollen das verlängerte Zurückhalten ihres von Diphtherie genesenen Kindes einfach nicht bezahlen. Wenigstens bei mir nicht. Sie haben vielleicht im Virchowkrankenhause vornehmeres Publikum. (Heiterkeit.) Wir stehen hier vor einer force majeure. Übrigens bin ich auch — in gewöhnlichen Zeitläuften wenigstens — etwas skeptisch in bezug auf die durch die frühere Entlassung bedingte Gefahr. In unseren Krankenhäusern geht die Diphtherie nie ganz aus. Das ist zweifellos, und wir schicken fortwährend Diphtheriebazillenträger in die Bevölkerung zurück. Warum tritt nun eine solche epidemische Steigerung der Diphtherie gerade in diesem Jahre auf? Während doch nicht nur dieses Jahr Bazillenträger aus den Krankenhäusern zurückkehren? Das hängt offenbar nicht von den Bazillen allein ab, das hängt von Dingen ab, die wir nicht beherrschen; nach meiner Meinung von der wechselnden Empfänglichkeit der Bevölkerung. Daß bei einer solchen Steigerung dieser Empfänglichkeit, wie sie jetzt zu beobachten ist, allerdings die Entlassung der Kranken erst nach völliger Freiheit von Keimen höchst erwünscht wäre, soll damit nicht etwa bestritten werden. Für die strikte Durchführung dieser Maßregel würde es von großer Bedeutung sein, wenn wir endlich die Ausführung eines Planes erleben

würden, den ich schon lange befürworte: den Bau von Rekonvaleszentenhäusern! Das ist für unsere Hospitäler ein großes Bedürfnis, und ich habe schon vor einem Jahrzehnt bei der Regierung dafür zu agitieren versucht. Exzellenz Althoff war seinerzeit sehr begeistert für die Idee. Aber der Finanzminister steht über dem geistreichsten Ministerialdirektor. Die Herren, die mit der Stadt zu tun haben, haben vielleicht mehr Gelegenheit, den städtischen Finanzminister für die Errichtung solcher Rekonvaleszentenhäuser zu gewinnen. Dann macht es vielleicht die Regierung auch. Ich glaube, die Herren, die dafür wirken können, sollten sich mehr dafür ins Zeug legen, daß die großen Krankenhäuser Rekonvaleszentenhäuser bauen, wo die Kinder mit viel weniger Kosten länger bleiben können, wo auch die Leute sich viel eher dazu verstehen würden, weil dann ihre Kinder nicht bloß länger dort bleiben, um andere zu schützen, sondern weil sie ebenfalls als weit kräftigere Rekonvaleszenten in ihre Familien heimkehren würden.

Finkelstein: Ich möchte an eine Bemerkung von Heubner anknüpfen, nämlich, daß nicht der Diphtheriebazillus allein es sei, der die augenblickliche Epidemie bedinge, sondern daß noch ein unbekanntes Agens dazukomme. Ich habe eine überaus überzeugende Gelegenheit gehabt, das zu bestätigen. Gleich anderen habe ich vor Jahren Untersuchungen über Diphtheriebazillenbefunde bei klinisch gewöhnlichem Säuglingsschnupfen gemacht. Wir fanden in unserer Säuglingsabteilung eine ganze Anzahl verschnupfter Kinder mit positivem Bazillenbefund; aber aus dem ganzen Verlauf der Angelegenheit ergab sich keine Veranlassung, diese Befunde als bedenklich anzusehen. Nur sehr selten ist einer dieser Bazillenträger wirklich diphtheriekrank geworden, nur ganz ausnahmsweise wurde ein anderes Kind mit klinisch erkennbarer Diphtherie infiziert, so daß ich seinerzeit die Gefahr der Diphtherieübertragung und des Bazillenbefundes beim gewöhnlichen Schnupfen sehr gering einschätzte. Bis zum Jahre 1908 oder 1909 hat trotz gelegentlicher Einschleppungen die Diphtherie trotz einer Belegziffer von bis 300 Säuglingen in unserem Hause keine Rolle gespielt. Aber seit etwa zwei Jahren ist die Sache vollständig anders geworden. Jeder positive Bazillenbefund erfüllt uns mit Sorge, da sehr oft entweder das Kind selbst erkrankt, oder von ihm eine Kette von Infektionen ausgeht. Die Zahl der Kinder, die bei uns in den letzten zwei Jahren erkrankt sind, ist eine recht erhebliche und übersteigt um ein ganz Gewaltiges die Zahl aus den früheren acht Jahren zusammen. Im allgemeinen werden leider die Diphtherierkrankungen mit einem anderen Maße gemessen wie andere Krankheiten. Wenn man vermeint, die Diphtheriekranken nicht so lange im Krankenhause halten zu können, warum ist es denn selbstverständlich, daß ein scharlachkrankes Kind niemals vor fünf, sechs Wochen entlassen wird. Eine Diphtherie ist doch für den Kranken und seine Umgebung mindestens so bedenklich wie Scharlach, und wenn ich einen Scharlachrekonvaleszenten so lange behalte, dann ist dieselbe Forderung auch für einen Diphtheriepatienten nicht unberechtigt. Es ist wohl bisher noch nicht mit dem erforderlichen Nachdruck die Notwendigkeit umfassender Schutzmaßnahmen betont, insbesondere auch nicht auf die Behörden in dem Sinne eingewirkt worden, daß man umfassendere Vorkehrungen trifft, speziell die Möglichkeit schafft, Bazillenträger im großen auf billige Art zu isolieren. Der Versuch der prophylaktischen Serumeinspritzung hat auf der Säuglingsabteilung des Berliner Waisenhauses keine bemerkenswerte Verminderung der Hausinfektionen bewirkt.

Sommerfeld (Schlußwort): Jochmanns Bedenken gegen die frühzeitige Entlassung der Bazillenträger sind eigentlich von Heubner schon widerlegt worden. Wenn durch eine solche eine Ausbreitung der Diphtherie in der Tat stattfände, so müßte ja in dem Stadtteil, aus welchem sich die Patienten des Kinderkrankenhauses rekrutieren, beständig eine Diphtherieepidemie herrschen, zum mindesten müßten erheblich mehr Erkrankungen an Diphtherie vorkommen wie anderwärts; und das Gleiche müßte überall dort der Fall sein, wo nach unserer Praxis verfahren wird. Dem ist aber keineswegs so. Der springende Punkt liegt in der Tatsache, daß ein großer Teil der Familienmitglieder Bazillenträger ist und es oft wenig Zweck hat, das Kind bis zur Bazillenfreiheit zu isolieren, wenn es zu Hause doch wieder mit Bazillenträgern zusammenkommt. Dietrich rechnet doch wohl zu sehr mit den ausnehmend günstigen sozialen Verhältnissen Charlottenburgs. Im äußersten Norden Berlins, mit seiner sehr dichten Bevölkerung, den unzulänglichen Wohnungsverhältnissen und dem sehr

geringen hygienischen Verständnis des Publikums, liegen die Dinge viel schwieriger. Daß das Schließen der Schulklassen — wie heute mehrfach anerkannt — und das Isolieren der Bazillenträger einen nur bedingten Erfolg haben kann, geht ja auch aus den Ausführungen in der Diskussion hervor. Man verhindert den Kontakt während des Unterrichts, aber nicht den viel innigeren außerhalb der Schule. Daß es übrigens selbst in geschlossenen Anstalten schwer ist, die Bazillenträger zu entfernen, ersieht man aus Finkelsteins Beobachtungen im Waisenhaus. Die interessanten Versuche Meyers müßten an einem großen Material geprüft werden. Das beste Mittel zur Verhütung der Ausbreitung der Diphtherie ist ohne Zweifel die vorhin von Heubner empfohlene Gründung von Rekonvaleszentenhäusern, in denen Bazillenträger bis zur Bazillenfreiheit verbleiben könnten.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung am 22. Februar 1912.

Richard Lederer. **Familiäre spastische Paraplegie bei drei Geschwistern.** Identische Krankheitsbilder bei einem 11 Jahre alten Mädchen und bei zwei 6- bzw. 7jährigen Knaben. Die Erkrankung begann im 2.—4. Lebensjahre schleichend mit Steiferwerden der Beine bis zur vollständigen Gehunfähigkeit, Auftreten von Sprachstörung, Nystagmus, Zurückbleiben der geistigen Entwicklung. Bei der Aufnahme fand sich Paraplegie der unteren Extremitäten mit hochgradigen Spasmen und starker Steigerung der Reflexerregbarkeit.

Das Mädchen starb an einem interkurrenten schweren Erysipel. Das Gehirn erschien makroskopisch normal, das Rückenmark atrophisch; mikroskopisch zeigten sich sowohl im Gehirn als auch im Rückenmark ein Defekt an Zellen und Fasern, ferner zahlreiche unentwickelte Formen von Ganglienzellen, so daß man von einer weitgehenden Entwicklungshemmung des Zentralnervensystems sprechen kann. Keine Zeichen von Degeneration.

R. Pollak. **Erworbenes Myxödem im Kindesalter.** 8jähriges Mädchen, 92 cm lang, Haut trocken, leicht schuppend. Im Bereich der Brusthaut und dem Supraklavikulargruben polsterartige Vorwölbungen. Haare spröd, die Nase an der Wurzel eingesunken. Die Zunge plumper als normal. Am Röntgenogramm der Hand drei Knochenkerne (entsprechend dem Alter von 3 Jahren). Das Kind hat ferner subnormale Temperatur, eine Pulsfrequenz von 70—80, es besteht Obstipation. Die Assimilationsgrenze für Zucker nicht verändert. Auffallend, daß beim Kind die große Fontanelle vollständig geschlossen ist, ferner, daß das Milchgebiß vollständig komplett ist, endlich ist die Intelligenz nicht wesentlich gestört.

Anamnestisch ergibt sich, daß das Kind mit $1^1/_2$ Jahren, wie die Photographie zeigt, keine Spur von Myxödem zeigte, daß es mit 2 Jahren alles sprach. Es handelt sich also im vorgestellten Fall sicher um ein erworbenes Myxödem.

K. Friedjung. **Bronchialdrüsentuberkulose mit Tumor cerebri (Tuberkel) bei einem 5 Monate alten Kinde.** Mutter des Kindes gesund. Der Vater hustet seit vielen Jahren, seit 3 Jahren ist er heiser und leidet an Schlingschmerzen. Das Kind begann vor 5 Wochen zu husten, ist seitdem blaß geworden und schlecht gediehen. Vor 3 Wochen zum erstenmal untersucht, zeigte es die typischen Symptome einer Bronchialdrüsentuberkulose (typischer Husten, exspiratorisches Keuchen, leichter Exophthalmus). Vor einer Woche wurden vereinzelte Tuberkulide und

Strabismus convergens des linken Auges beobachtet. Der Ophthalmologe konstatierte eine Parese des Rectus super. und Obliqu. infer. und leichte Parese des Abducens links. Keine ausgesprochene Stauungspapille. Die Lähmungserscheinungen nahmen noch zu, es trat endlich auch leichte Parese des linken Fazialis auf. Pirquetreaktion konnte bisher noch nicht gemacht werden.

Fr. macht darauf aufmerksam, daß hier ohne Zweifel auf dem Blutwege tuberkulöse Metastasen entstanden sind. Ein so langsamer Verlauf der Tuberkulose im Säuglingsalter ist selten, im späteren Alter ja häufiger.

Marburg hat einen ähnlichen Fall beobachtet. Durch Spinalpunktion ließ sich mit Sicherheit Meningitis ausschließen. Kutanreaktion positiv.

Egon Rach. **Ein Fall von eigentümlichem Ausschlag (Akrodermatitis atrophicans).** Ein $7^1/_2$jähriges Mädchen zeigte diesen Ausschlag an Hand und Fußrücken, Waden, an den Streckseiten der Oberarme und am Gesäß. Ganz wenige Effloreszenzen sieht man im Gesicht und an den Ohrmuscheln. Der Ausschlag besteht aus dichtstehenden, bis bohnengroßen Flecken oder mehr oder weniger erhabenen Knötchen. Die Effloreszenzen beginnen in Form von juckenden Quaddeln mit hämorrhagischer Peripherie; sie werden später zitronengelb oder auch dunkelbraun, sogar violett, schließlich schuppen sie oder werden in ihrem Zentrum durch Atrophie glänzend feinrunzelig. Diese Erkrankung besteht seit Juli 1910. Im Sommer 1911 war der Ausschlag vollständig verschwunden. Abends schwellen die Hände und Füße mitunter sehr stark an, so daß einige Male notwendig wurde, zur Entkleidung die Ärmel aufzuschneiden.

Die Erkrankung wurde von Dermatologen als Akrodermatitis atrophicans bezeichnet. Dieser Deutung schließt sich Nobl in der Diskussion an.

Pirquet bemerkt als auffällig, daß die Tuberkulinreaktion stark positiv ausfiel und daß die Tuberkulinreaktion das Aussehen der Hauterkrankung annimmt, so daß man daran denken könnte, daß die Erkrankung mit Tuberkulose etwas zu tun hat. Nobl erwidert, daß die Beziehungen der Erkrankung zur Tuberkulose wiederholt schon erörtert wurden, aber nicht siehergestellt sind.

Egon Rach. **Ein Fall von Myxödem.** Klassischer Fall bei einem nunmehr 5 Jahre alten Mädchen. Es ist 9 kg schwer, 71 cm lang, ist in 4 Jahren nur um 11 cm gewachsen. Neben den typischen Symptomen ist auffallend eine Hypertonie der gesamten Muskulatur. Knochenkerne der Handwurzelknochen fehlen völlig.

Felix Bauer. **Affektepileptische Anfälle bei einem 16 Monate alten Säugling.** Das Kind zeigte im 8. Monate folgende Anfälle: Wenn sein Ärger eine gewisse Höhe erreicht hat, wirft sich das Kind nach einigem Weinen und Schreien nieder, es erfolgt Atemstillstand, und unter Zyanose und mäßiger Starre des ganzen Körpers tritt vollkommene Bewußtlosigkeit ein, die $^1/_4$—$^1/_2$ Minute dauert. Das Kind inspiriert dann tief und kommt zu sich, ist aber kürzere oder längere Zeit apathisch. Durch größere Bromgaben (dreimal 0,5) wurde die Erregbarkeit deutlich geringer, die Anfälle schwanden fast. Elektrische Erregbarkeit normal. Das Krankheitsbild entspricht im allgemeinen den von Bratz in jüngster Zeit ausführlich beschriebenen affektepileptischen Attacken, die von echter Epilepsie zu trennen sind. Im vorliegenden Fall wird die Epilepsie erst durch den weiteren Verlauf der Erkrankung ausgeschlossen werden können. Das Kind zeigte ein zweifellos psychopathisches Symptom; es verzehrt fortwährend das Bettzeug, das ihm erreichbar ist, vom Hemd bis zum Wachstuch.

Gegenüber Kassowitz, der wegen vorhandener Rachitis Phosphorbehandlung empfiehlt und das Krankheitsbild als exspiratorische Apnoe bei Rachitis bezeichnet, bemerkt Bauer, daß Phosphorlebertran, durch mehrere Wochen verabreicht, ohne Einfluß auf die Anfälle war.

Sitzung vom 21. März 1912.

Silberknopf. **Intrauterin abgelaufene Pneumonie bei einem 8 Monate alten Kinde.** Das Kind war schon seit der Geburt infolge seiner frequenten Atmung (80—120) auffällig. Bei der Untersuchung ergibt sich, daß im Bereiche des linken Ober-

lappens rückwärts Dämpfung vorhanden ist. Das Herz erscheint nach links verzogen, was durch die Röntgenaufnahme bestätigt wurde. Die Verzögerung des Herzens dürfte auf Schrumpfung der Lunge beruhen. Kein Fieber. Das Kind fühlt sich wohl.

E. Rossiwall. **Lichen scrofulosorum bei einem 8 jährigen Knaben.** Die ungemein intensive Erkrankung entstand wenige Tage nach dem Beginn einer Pleuritis.

Knöpfelmacher. **Vakzineinfektion an den Augenlidern bei einem 6 jährigen Mädchen.** Das Kind wurde vor 11 Tagen geimpft, am rechten Unterlide fand sich eine intensive Schwellung und Rötung, in deren Zentren eine Vakzinepustel zu sehen war. Anschließend an diesen Fall bespricht K. die Vorzüge der Subkutanimpfung bei gewissen Fällen (Ekzem, Prurigo) und weist darauf hin, daß bei Injektion von bei 58° avirulent gemachter Lymphe noch Abszesse zur Beobachtung gelangen können. Man muß daher die Lymphe höher erwärmen. Die Diagnose einer fraglichen Vakzine wird durch Kornealimpfung eines Kaninchens ermöglicht.

Rach. **Röntgenbilder, aufgenommen mit dem „Unipulsapparat".** Ausgezeichnete Aufnahmen, gewonnen mit einem Apparat, der neben Zeitaufnahmen auch Momentaufnahmen gestattet. Bei starker Intensität des beim Einzelschlag zur Entwicklung gelingenden Röntgenlichtes können Aufnahmen bei einer Expositionsdauer von $^1/_{100}$ Sekunden gemacht werden, wobei ein Verstärkungsschirm zur Anwendung gelangt. Für Aufnahmen von Kindern und besonderes Säuglingen eignet sich dieser Apparat ganz vorzüglich, da die Ruhigstellung des Kindes große Schwierigkeiten bereitet. Schick.

III. Neue Bücher.

A. Lesage. **Lehrbuch der Krankheiten des Säuglings.** Übersetzt von R. Fischl. Leipzig, G. Thieme. Preis: 12 Mk.

Fast 700 Seiten hat das Werk, in dem der Verfasser seine reichen Erfahrungen niedergelegt hat. Dies zeigt schon, mit welcher Gründlichkeit hier das doch ziemlich beschränkte Gebiet behandelt worden ist. Mit Recht deutet F., dem wir für die Übersetzung dieses bedeutenden Buches dankbar sein müssen, auf den Charme der Darstellung hin. Es ist ein Genuß, das Buch zu lesen, welches Kapitel man auch aufschlägt. Aber der Autor hat hier nicht nur seine eigenen Erfahrungen niedergeschrieben, auch die ausländische Literatur ist in ausreichender Weise benutzt, und Deutschland kommt dabei nicht zu kurz. Gewisse Unstimmigkeiten in den wissenschaftlichen Ansichten wird der deutsche Pädiater nicht selten entdecken; der Übersetzer hat diese in Fußnoten und eingeschobenen Bemerkungen zu beseitigen verstanden. Jedenfalls werden die originellen Standpunkte, die der Autor in zahlreichen Fragen einnimmt, das Interesse erregen. Unsere pädiatrische Literatur ist durch das vorliegende Werk wesentlich bereichert worden. Grätzer.

E. Feer. **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** Jena, G. Fischer. Preis: 12 Mk.

Das Buch hat einen außergewöhnlichen Erfolg gehabt. Nach etwas über einem Jahr ist jetzt der Erstausgabe die 2. Auflage gefolgt. Dieser Erfolg ist ein wohlverdienter. Obwohl eine ganze Anzahl von Autoren — neben Feer noch Finkelstein, Ibrahim, L. F. Meyer, Moro, v. Pirquet, Pfaundler,

Thiemich, Tobler — mitgearbeitet haben, ist das Ganze wie aus einem Guss geschrieben. Alle diese Mitarbeiter haben den Standpunkt festgehalten, daß vor allem der Praktiker Gewinn aus dem Studium des Buches ziehen müsse; alle haben sich erfolgreich bestrebt, möglichst klar und präzis zu schreiben und alles Überflüssige beiseite zu lassen. Eine große Anzahl guter Abbildungen kommt hinzu, um den Erfolg des Werkes zu erklären. Dieser wird dem Buche sicher auch weiter beschieden sein. Grätzer.

E. Siefert. **Psychiatrische Untersuchungen über Fürsorgezöglinge.** Halle, C. Marhold. Preis: 6 Mk.

S.s Buch ist sehr lesenswert. Mit großem Fleiß hat der Autor das Material bearbeitet, und wer sich über das Gebiet orientieren will, wird bei dem Studium des Werkes volle Befriedigung finden. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

1. **Alexander, H.**, Beckensarkome im Kindesalter (München). — 2. **Berthling, F.**, Verwendbarkeit des Urethans in der Kinderheilkunde (Göttingen). — 3. **Böttger, A.**, Herzstörungen nach Scharlach (Berlin). — 4. **Bulach, W.**, Die Säuglingssterblichkeit der Tübinger Poliklinik (Tübingen). — 5. **Buschmann, K.**, Über die Versorgung der Nabelschnur (Jena). — 6. **Christel, P.**, Einseitiger angeborener Buphthalmus haemorrhagicus (Erlangen). — 7. **Cobliner, W.**, Blutdruckmessungen bei erwachsenen Diphtheriekranken (Berlin). — 8. **Ebner, F.**, Über Stauungsblutungen in der Haut und ihre Bedeutung für die Diagnose des Scharlachs (Leipzig). — 9. **Fries, J.**, Isolierte Erregbarkeitsstörung des Ventrikels bei einem Fall von Diphtherie (Würzburg). — 10. **Fuchs, F.**, Beitrag zur Lehre der Osteogenesis imperfecta (Straßburg). — 11. **Gleim, G.**, Beiträge zur Histologie der kindlichen Schilddrüse (Bonn). — 12. **Hallauer, W.**, Unfälle im Kindesalter (Bonn). — 13. **Herb, J.**, Ein kleiner Beitrag zur Tuberkulose in der frühesten Kindheit (München). — 14. **Kerness, S.**, Sterblichkeit der Kinder in den ersten 8 Tagen nach der Geburt und ihre Ursachen (München). — 15. **Knopf, L. E.**, Beitrag zur Frage der unblutigen Behandlung der kongenitalen Hüftgelenkverrenkungen (Gießen). — 16. **van Lessen, W.**, Zur Prognose der spinalen Kinderlähmungen (Göttingen). — 17. **Million, J.**, Kongenitale partielle Hypertrophie (München). — 18. **Mittweg, W.**, Fettsklerem bei Neugeborenen (Bonn). — 19. **Oppenheim, R.**, Einige Bemerkungen zur Ätiologie, Differentialdiagnose und Therapie im Anschluß an einen Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum (Freiburg). — 20. **Raabe, W.**, Durchführung einer milchlosen Kost bei Spasmophilie. — 21. **Saxenberger, O.**, Über kongenitalen, bilateralen, totalen Fibuladefekt (Berlin). — 21. **Weihe, F. A.**, Über angeborenen partiellen Riesenwuchs (Berlin). — 23. **Weiser, A.**, Fall von kongenitaler Dilatation der Blase, der Ureteren und des Nierenbeckens mit Zystenniere (Bonn). — 24. **Wiegels, W.**, Fall von Verdoppelung des Rückenmarks bei einem 4jährigen Kinde (München). — 25. **Wilm, C.**, Die Langerhansschen Inseln des kindlichen Pankreas (Bonn). — 26. **Wittmer, A.**, Weiterer Fall von angeborener Hornhauttrübung (Straßburg). — 27. **Wolff, M.**, Fall von intrauterin geheilter Hasenscharte mit Naevus papillomatosus-Bildung im Verlauf von fötalen Schlußspalten (Greifswald).

Eingänge bei der Redaktion.

(Besprechung vorbehalten. — Rücksendung ausgeschlossen.)

P. Hansen. Die Säuglingssterblichkeit der Provinz Schleswig-Holstein. (L. Handorff, Kiel.)

Kalender für heilpädagogische Schulen und Anstalten. (C. Marhold, Halle. Preis: 1,20 Mk.)

A. Fuchs. Hilfsschulfragen. Arbeiten aus dem III. Berliner Fortbildungskurs für Hilfsschullehrer. (C. Marhold, Halle.)

Chr. Thaler. Baby-Kochbuch. (F. Deuticke, Leipzig und Wien. Preis: 1,80 Mk.)

G. Hirt. Parerga zum Elektrolytkreislauf. (Verlag der Jugend, München. Preis: 1 Mk.)

K. Basch. Ammenwahl und Ammenwechsel. (J. F. Bergmann, Wiesbaden. Preis: 1,20 Mk.)

Marcus. Orthopädische Fürsorge für Kinder. (Ebenda.)

Cassel Die Erziehung des Kindes in den Spieljahren. (Allgem. Medizin. Verlagsanstalt. Preis: 80 Pfg.)

Hirtz. Waldschulen und Erholungsstätten für Stadtkinder. (Volksvereins-Verlag, M.-Gladbach. Preis: 1 Mk.).

E. Trömner. Das Problem des Schlafs. (J. F. Bergmann, Wiesbaden. Preis: 2,80 Mk.)

Antonie Zerner. Säuglingsfibel. (J. Springer, Berlin. 90 Pfg.)

G. Buchner. Angewandte Ionenlehre. (J. F. Lehmann, München. Preis: 3 Mk.)

Haeberlin. Meeresheilkunde, Seehospize und Volksgesundheit. (R. Schoetz, Berlin. Preis: 80 Pfg.)

Kaiser. Atmungsmechanismus und Blutzirkulation. (F. Enke, Stuttgart. Preis: 3,40 Mk.)

M. v. Rohr. Auge und Brille. („Aus Natur und Geisteswelt", B. G. Teubner, Leipzig.)

L. Burgerstein. Schulhygiene. (Ebenda.)

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Infolge des Interesses, welches das Ansteigen der Diphtherie in letzter Zeit namentlich in Berlin hervorgerufen hat, sind von dem Königlichen Preußischen Statistischen Landesamte über die Diphtherie-Erkrankungen und -Sterbefälle im preußischen Staate und im Stadtkreise Berlin während der Jahre 1902—1911 Ermittelungen angestellt, die folgendes Ergebnis gezeitigt haben: Die Zahl der Erkrankungen an Diphtherie ist in Preußen von 54848 im Jahre 1902 bis auf 83821 im Jahre 1910 und auf 96839 im Jahre 1911, sowie in Berlin von 1485 im Jahre 1902 auf 6061 im Jahre 1910 gestiegen; die Zahl der Sterbefälle ist dagegen in den Jahren 1902—1910 im Staate von 14175 auf 9683 gefallen, in Berlin von 239 auf 695 angewachsen. Auf 10000 Lebende berechnet, stieg die Verhältniszahl der Erkrankungen im Staate von 15,41 im Jahre 1902 auf 20,87 im Jahre 1910 und in Berlin von 7,68 im Jahre 1902 auf 28,58 im Jahre 1910; die Verhältniszahl der Gestorbenen ist im Staate von 4,05 im Jahre 1902 auf 2,45 im Jahre 1910 gesunken, dagegen in Berlin in derselben Zeit von 1,25 auf 3,11 gestiegen. Daraus ergibt sich, daß wohl im Staate die Mortalitätsziffer (sie betrug im Jahre 1876 = 16,33) kleiner geworden ist, nicht

aber in Berlin. — Durch Ministerialerlaß vom 26. Juli sind besondere Grundsätze für die Regelung des Verkehrs mit Kuhmilch als Nahrungsmittel für Menschen aufgestellt. — Geh.-Rat Heubner tritt mit Ablauf des Wintersemesters vom Lehramt zurück. — Prof. Joachimsthal, dem geschätzten Mitarbeiter unseres Blattes, ist für Angelegenheiten der Orthopädischen Chirurgie Sitz und beschließende Stimme in der Fakultät erteilt worden. — Die Unterrichtsverwaltung hat verfügt, daß vorschriftsmäßig approbierte Ärztinnen als Schulärztinnen im Bereiche der preußischen Schulverwaltung an weiblichen Lehranstalten zugelassen sind.

Wilmersdorf. Ein Säuglingsheim hat der Vaterländische Frauenverein im Hause Kaiser-Allee 14 eröffnet. Es dient zur Aufnahme von 30 Säuglingen mit Ernährungsstörungen, ausgeschlossen sind Kinder, die an Infektionskrankheiten leiden. Soweit Betten frei sind, finden auch Kinder zu den üblichen Pflegesätzen in ihm Aufnahme, die nicht in Berlin-Wilmersdorf geboren sind. (Fernsprecher Amt Pfalzburg 8275.) — Die Stadt hat am Fehrbelliner Platz einen Spielplatz für keuchhustenkranke Kinder eingerichtet.

Düsseldorf. In der Zeit vom 14.—26. Oktober findet wiederum in der akademischen Kinderklinik Düsseldorf unter Leitung von Prof. Schlossmann ein 14 tägiger Ausbildungs- und Fortbildungskursus für Ärzte in der Physiologie, Pathologie und Hygiene des Säuglingsalters und in der Säuglingsfürsorge statt. Anmeldungen und Anfragen sind zu richten an die Geschäftsstelle des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, Düsseldorf, Werstenerstr. 150, von wo auch auf Wunsch Programme kostenlos versendet werden. Außer einer Einschreibgebühr von 20 Mk. wird ein Honorar nicht erhoben.

München. Priv.-Doz. Dr. Ibrahim ist zum a. o. Prof. ernannt.

Wien. Priv.-Doz. W. Knoepfelmacher ist zum a. o. Prof. ernannt. — Priv.-Doz. F. Hamburger hat den Titel a. o. Prof. erhalten. — Ein Escherich-Denkmal soll im Atrium der neuen Kinderklinik errichtet werden. In einem Aufruf bitten führende Persönlichkeiten Österreichs und Deutschlands Spenden zu senden an das Denkmalkomitee, Zimmermannplatz 9 (Kanzlei des Vereins Säuglingsschutz).

Dorpat. Priv.-Doz. Schukowsky ist zum Prof. der Kinderheilkunde ernannt.

Gestorben ist Prof. Eversbusch, der Direktor der Universitätsklinik in München. Er gehörte seit Beginn unseres Blattes zu dessen Herausgebern. Ein bedeutender Arzt, ein prächtiger Mensch ist mit ihm dahingegangen. — Gestorben ferner Prof. Dr. Soltmann, der Direktor der Leipziger Kinderklinik.

Die seit 22 Jahren von Dr. E. Graetzer (Berlin-Friedenau) herausgegebenen „Excerpta medica“ gehen vom 1. Oktober ab in den Verlag von Benno Schwabe & Co. in Basel über. Gleichzeitig erfährt die Zeitschrift eine bedeutende Vergrößerung ihres Umfanges und Erweiterung ihres Inhalts, ohne daß eine Erhöhung des Abonnementspreises stattfindet.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVII. Jahrgang. 1. November 1912. Nr. 11.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Carl Stamm, Über Krämpfe bei Neugeborenen. (Aus der Kinderpoliklinik in Hamburg.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 1 bis 3.) Zwei Fälle von Krämpfen bei Neugeborenen. Der eine war verursacht durch eine Hirnblutung; er wurde durch Lumbalpunktion diagnostiziert und geheilt. Zur Diagnose einer Hirnblutung aus dem Punktat gehört Ungerinnbarkeit des Blutes und bräunliche Farbe der Flüssigkeit. Der zweite Fall starb mit $^3/_4$ Jahren und zeigte doppelseitige Defekte im Stirnhirn. Hecker.

Fritz Brandenberg (Winterthur), Die Hernia epigastrica im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 1—3.) Pathognomonisch wichtig für das Vorliegen einer Hernia epigastrica bei Kindern bzw. eines präperitonealen, durch die Linea alba hindurchgetretenen Fettklümpchens sind krisenartige Schmerzanfälle im Unterleibe im direkten Anschluß an die Mahlzeiten, ganz besonders nach dem Frühstück. Die Behandlung besteht vorerst im Anlegen einer Gummipelotte, welche durch einen zirka 3—4 cm breiten Heftplasterstreifen festgehalten wird; bleibt das ohne Erfolg, dann kommt die operative Behandlung in Frage, sei es als Paraffininjektion, oder als die infolge der einfachen anatomischen Verhältnisse stets leicht ausführbare Radikaloperation. Hecker.

Curt Schwenk, Symmetrische Osteomyelitis nach Variola. (Aus der chirurgischen Abteilung des Israelitischen Krankenhauses zu Breslau.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 1—3.) Zusammenstellung der in der Literatur beschriebenen Fälle von symmetrischer Osteomyelitis nach Typhus. Mitteilung des Falles eines 14jährigen Mädchens, bei welchem einige Wochen nach überstandener Variola symmetrische Osteomyelitis an beiden Schultergegenden entstanden. Die Schultergelenke selbst zeigten sich im Röntgenbilde frei. Spontaner Aufbruch, Heilung durch Stauung und Jodoformtamponade. Hecker.

Ragnar Friberger (Upsala), Über Arhythmie bei gesunden Kindern. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 1—3.) Sorgfältige Studien an 321 Volksschulkindern im Alter von 5—14 Jahren; Herstellung von sphygmographischen Kurven, gleichzeitige Untersuchung des ganzen übrigen Körpers. Kein einziges der Kinder wies

einen völlig regelmäßigen Puls auf. Einigermaßen regelmäßigen Puls hatten 37,4 Prozent; stark unregelmäßigen Puls 12,2 Prozent; mäßig unregelmäßigen 50,4 Prozent. Die Genese der Arhythmie war insofern eine einheitliche, als der nächste Ursprung der Unregelmäßigkeit an einem oberhalb des Vorhofes gelegenen Punkte des Reizerzeugungs- und Reizleitungssystems gesucht werden muß. Fr. fand drei Hauptarten der Arhythmie: 1. In der Mehrzahl der Fälle wechseln lange Pulse mit kürzeren so ab, daß sich die Dauer der Pulse allmählich während einiger Schläge verlängert, um dann wieder nach und nach kürzer zu werden. 2. Die Frequenz wird in unregelmäßigen Intervallen plötzlich verlangsamt, um von da aus wieder allmählich zuzunehmen. 3. In regelloser Weise treten Schläge auf, die etwa um 0,1 länger oder kürzer sind als die Nachbarn. — Der respiratorische Typus der Arhythmie fehlte in keinem Falle. — Während das Alter eine gewisse Bedeutung für das Vorhandensein der Unregelmäßigkeit hat, scheint weder die verschiedene körperliche Entwicklung, noch ein geringes Maß von Herzschwäche, noch Labilität des Nervensystems einen nennenswerten Einfluß zu haben. Es liegt also kein Grund vor, ein Kind mit arhythmischem Puls als in dieser Beziehung minderwertig zu bezeichnen. Hecker.

Ernst A. Heimann (Berlin-Charlottenburg), Schielen und Schielbehandlung im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 1—3.) H. gibt folgende Richtlinien für die Behandlung des Einwärtsschielens im Kindesalter an: Ein schielendes Kind ist so früh wie möglich, möglichst bald nach dem ersten Auftreten des Schielens, der ärztlichen Behandlung zuzuführen. Nur bei frühzeitigem Beginnen der Behandlung ist ein Erfolg von der operationslosen Therapie zu erhoffen. — Jedes schielende Kind ist sofort zu atropinisieren und nach vollkommener Lähmung der Akkommodation auf den Grad seiner eventuellen totalen Hypermetropie zu untersuchen. Diese Übersichtigkeit muß sofort auch bei den kleinsten Kindern durch ein dauernd zu tragendes, voll ausgleichendes Konvexglas korrigiert werden. Gegebenenfalls kommt außerdem noch die einseitige Atropinisation in Betracht.

Sind die Kinder schon reif für systematische Übungen (nach dem 3.—4. Jahre), so sind mehrwöchentliche Übungen am Amblyoskop vorzunehmen.

Lassen alle konservativen Methoden im Stich oder erscheint infolge der Größe des Schielwinkels (mehr als 15°) oder hochgradiger einseitiger Schwachsichtigkeit die operationslose Behandlung von vornherein aussichtslos, so ist die Operation angezeigt, die nach vollendetem 4.—5. Lebensjahr vorgenommen werden kann. Hecker.

W. P. Shukowsky und **W. Ssinjoff**, Über polyzystische Degeneration der Nieren namentlich im Kindesalter. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Dorpat.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 1—3.) Neugeborene 8 monatige Frühgeburt. Äußerlich Atresia ani und geschlechtlich undefinierbare Genitalien. Anatomisch vergrößerte Leber und Milz, grauweise Knötchen in der Lunge (Pneumonia alba). Völlige Deformierung der linken Niere, die aus zwei je taubenei-

großen Zysten besteht. Die rechte Niere ist ebenfalls durchsetzt von Zysten. Beide Ureteren sind atretisch; abnorme Kommunikation des Rektums mit dem Urogenitalsystem. Die Nierenzysten sind hier das Resultat einer fötalen interstitiellen kongenitalsyphilitischen Nephritis. **Hecker.**

Dm. Ssokolow, Über Drüsenerkrankungen bei Kindern. (Aus der Kinderklinik des medizinischen Instituts für Frauen zu St. Petersburg.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 1—3.) Der erfahrene Kliniker kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Drüsenerkrankung ist eine der häufigsten Erkrankungsformen im Kindesalter. 2. Die überwiegende Mehrzahl der Erkrankungen fällt auf die Lymphdrüsen. 3. Von den Lymphdrüsen sind die peripheren am leichtesten vulnerabel, insbesondere die Submaxillar- und Zervikaldrüsen. 4. Etwas seltener ist die Affektion des Lymphapparates der tiefen Organe — im Vordergrunde stehen da die Drüsen der Atmungswege — die Mediastinal- und Tracheobronchialdrüsen. 5. Dann kommen die Affektionen der Lymphdrüsen der Bauchhöhle. 6. Die Erkrankungen aller dieser Drüsen können akut, subakut oder chronisch verlaufen. 7. Die Lymphdrüsenerkrankungen können sich bei Kindern unter dem Einfluß des Eindringens in die Drüsen verschiedenster Reize nichtbakterieller oder bakterieller Natur entwickeln. Am häufigsten ist es der Tuberkelbazillus, häufig aber auch der Streptokokkus, Staphylokokkus, Pneumokokkus, Influenzabazillus, Erreger des Keuchhustens und viele andere uns bekannte und unbekannte Krankheitserreger, inklusive Bacterium coli und der Typhusbazillen mit ihrem besonderen Einfluß auf die Mesenterialdrüsen. 8. Die Diagnose der Erkrankungen der peripheren Drüsen ist klinisch nicht besonders schwierig, weil außer möglicher Temperatursteigerung auch eine Schwellung irgendeiner sichtbaren oder palpablen Drüse oder gesteigerte Sensibilität derselben nachzuweisen ist. 9. Die Erkrankungen der Lymphdrüsen der Körperhöhlen sind für die Diagnose schwieriger, da dabei keine objektiven Daten außer einer Temperatursteigerung vorliegen können. 10. Der Verlauf der Temperaturveränderungen kann entweder akut sein mit beträchtlichen, wenn auch nicht stabilen Steigerungen, die nicht selten recht lange Zeit anhalten, oder aber die fieberhaften Erhebungen sind gering, dauern aber außerordentlich lange, zuweilen Monate, ja sogar Jahre. 11. Als Bestätigung können die nicht seltenen Fälle einer „Drüsenkrankheit“ dienen, mit bestimmtem klinischen Bilde, genauer (in bezug auf die Ätiologie) Anamnese und typischem weiteren Verlauf. 12. Die Behandlung der „Drüsenerkrankungen“ muß in allen Fällen streng konservativ sein; man vermeide Einreibungen, Knetungen, Massage und andere Mittel zur Beschleunigung der Resorption der Krankheitsherde; man vermeide auch die Exstirpation und indiziere nicht vor vollendeter Vereiterung, wenn eine solche erfolgen würde. 13. Bei Affektion der zugänglichen Drüsen ist die Wärme, als Umschläge, Kataplasmen und Lichttherapie, von Nutzen. Bei Erkrankung der Drüsen der Atmungswege ist eine absolut reine, staubfreie, am besten kalte Luft notwendig, und bei Affektion

der Drüsen der Bauchhöhle ist von besonderer Wichtigkeit eine entsprechende, nicht reizende, nicht gärungsfähige, und möglichst sterile Nahrung. Hecker.

B. P. B. Plantenga (Haag), Rohe Milch als Säuglingsnahrung. (Ach. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 1—3.) Es wurden eine Reihe vergleichender Beobachtungen jedesmal bei ein und demselben Kinde angestellt durch mehrmals abwechselnde Ernährung mit roher und gekochter Milch. Dahei wurde keinerlei Einfluß des Wechsels, weder auf die Gewichts- noch auf die Temperaturkurve wahrgenommen. Nur der Stuhl war in der Rohmilchperiode dünnflüssiger. Bezüglich des Vorkommens von Barlowscher Krankheit ergab sich übereinstimmend mit Neumann, daß die sämtlichen erkrankten Kinder Milch erhalten hatten, die zweimal erwärmt worden war, und zwar das erstemal am Tage zuvor. Wurde aber die zweimalige Erwärmung kurz nacheinander vorgenommen, dann blieb die Barlowsche Erkrankung aus. Die therapeutische Wirkung der rohen Milch beim Barlow liegt hauptsächlich in der notwendigen kurzen Zeitdauer, welche zwischen Melken und Genuß verstreicht. Hecker.

Hugo Alexander, Über Beckensarkome im Kindesalter. (Aus der Kgl. chirurgisch. Univers.-Kinderklinik in München.) (Arch. f. Kinderheik. Bd. 58. Heft 1—3.) Zwei Fälle von ausgedehntem Beckensarkom. Alter der Kinder: 2 Monate und 10 Jahre. Beide endigen letal. Zusammenstellung der Literatur. Hecker.

P. Schulz, Wachstum und osmotischer Druck bei jungen Hunden. II. Mitteilung. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 5 u. 6.) In der ersten Arbeit hatte Schulz nachweisen können, daß 8 Wochen alte Hunde selbst unter sehr ungünstigen Ernährungsbedingungen imstande sind, die physikalischen Eigenschaften ihres Blutes zu erhalten, so daß eine Bedrohung des Lebens durch ein Versagen dieser hauptsächlichen Regulation nicht eintritt.

Da Untersuchungen beim menschlichen Säugling andere Resultate ergaben, ersucht Sch. die Differenz in folgender Weise aufzuklären:

1. Der junge Hund verhält sich prinzipiell anders in dieser Hinsicht als der menschliche Säugling, die Fähigkeit, sein Milieu interne zu erhalten, ist besser ausgebildet, oder

2. die Fähigkeit der Erhaltung der physikalischen Eigenschaften des Blutes bedarf einer Ausbildung im extrauterinen Leben, sie ist erst in einem gewissen Alter in ausreichendem Maße vorhanden.

Die untersuchten Hunde standen am Ende der Säugungsperiode, die Kinder, an denen Salge seine Beobachtungen machte, befanden sich in der Säugungsperiode, meist im ersten Drittel oder Viertel dieser Periode.

Um diese zweite Erklärungsmöglichkeit auf ihre Richtigkeit zu prüfen, wurden fünf junge Hunde eines Wurfes in verschiedenen Zeiten ihrer Säugungsperiode unter ungünstigen Ernährungsbedingungen gebracht und das Verhalten ihres Blutserums, wie in der genannten Arbeit angegeben, verfolgt.

Die Untersuchungen teilen sich nach dem Alter der Tiere in drei Perioden:

I. Periode:	Versuchstier	4 Tage alt
II. „	„	14 „ „
III. „	„	4 Wochen alt.

Auch der Hund zeigt im Beginn seiner Säuglingsperiode nur geringe Fähigkeit, die osmotische Konzentration des Blutserums aufrecht zu erhalten. Erst später entwickelt sich diese Fähigkeit und macht es dem Organismus möglich, auch unter ungünstigen Bedingungen sein Milieu interne zu erhalten. Es handelt sich also bei diesem bedeutsamen Regulationsvorgang um eine Eigenschaft, die wohl in der Anlage vorhanden ist, die aber im extrauterinen Leben noch der Ausbildung bedarf, um genügend wirksam zu sein. Schick.

Finkbeiner, Neandertalmerkmale bei Kretinen. (Zeitschrift f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 5 u. 6.) Krümmungen und Abnormitäten des Extremitätenskelettes der Kretinen finden ein Analogon und eine befriedigende Erklärung in den entsprechenden Verhältnissen der Neandertalrasse. F. sieht bei den Kretinen bestimmte Knochenveränderungen (Radius, Kniegelenk).

Der Radius ist abnorm dick, viel gröber, zeigt rauhe Konturen und ist viel stärker gekrümmt als der normale Radius; sein Krümmungsradius ist wenig größer als die Länge des Radius, also kaum halb so groß wie normal. Von den das Kniegelenk formierenden Knochen zeigt das Femur die deutlichsten Veränderungen.

Alle diese Veränderungen werden als charakteristisch für den Neandertalmenschen angesehen. Die Kretinen könnten daher Überreste einer älteren Rasse sein. Man soll bei der Erläuterung der Ursache des Kretinismus auf diese Möglichkeit Rücksicht nehmen.

F. meint aber nicht, daß nur die Heredität die alleinige Ursache des Kretinismus sein soll. Es ist überhaupt undenkbar und ganz unmöglich, daß eine so komplexe Erscheinung wie der Kretinismus bloß eine einzige Ursache, sei es geologischer, pathologischer oder hereditärer Art, haben könne. Schick.

H. Helbich, Zur Physiologie der Milchsekretion. II. Mitteilung: Die Variationen der Milchmenge und ihre Beziehungen zum Fettgehalt. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1912. Bd. 10. Nr. 12.) H. hat in seiner ersten Mitteilung gezeigt, daß es gelingt, durch bloße künstliche Maßnahmen die weibliche Brust völlig zu entleeren und wochen-, ja monatelang im Gange zu erhalten. Diese Methode hat H. zum Studium der Frage über die Größe der Milchmenge verwendet. Weiter richtet er sein Augenmerk auf die Sekretion des Fettes.

Engel hat schon darauf hingewiesen, daß die Morgenmenge der Milch die bei weitem größte ist, und hat diese Tatsache auf Bedingungen zurückgeführt, die in der laktierenden Brust liegen. H. kann nun exakt nachweisen, daß die Milchmenge von der Länge der dazwischen liegenden Pause abhängig ist. Fällt am Tage eine Milchentnahme aus, so wird die nächste entsprechend größer, so daß die Tagesmenge ungefähr gleich bleibt. Was den Fettgehalt der

Milch betrifft, hat Engel angegeben, daß Milchmenge und Fettgehalt im umgekehrten Verhältnisse zueinander stehen. Diese Beobachtung wird nicht bestätigt, doch kann H. kein anderes Gesetz an Stelle des erwähnten setzen. Es gibt nur gewisse Typen, was darauf hinweist, daß die Zusammensetzung der Milch von der Funktion der Zelle abhängig ist. Schick.

Eichelberg, Ein Beitrag zur Klinik der Säuglingstuberkulose. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1912. Bd. 10. Nr. 12. S. 668.) 4 Monate altes Kind, gut entwickelt, zeigte unterhalb des linken Unterkiefers eine indolente, erbsengroße, ziemlich harte, rundliche Geschwulst. Pirquet +. 3 Monate später kommt es zur Vereiterung und unter Behandlung zur Heilung. Klinisch ließ sich an der Lunge nichts nachweisen. Schick.

H. Keiner, Über die Vorteile des queren Luftröhrenschnittes bei Kindern und das Tracheotomieren auf liegender Intubationskanüle. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1912. Bd. 10. Nr. 12. S. 671.) Die Methode stimmt von Franck. Etwa in der Höhe des unteren Ringknorpelrandes wird, während die Haut leicht mit der Pinzette zu einer Längsfalte aufgehoben wird, ein zirka 2 bis 3 cm langer Hautquerschnitt angelegt. Es entsteht nun, da das Kind auf einem Nackenpolster mit leicht zurückgebeugtem Kopfe ruht, durch das Zurücksurren der Haut ein ovales Wundfeld, in dem man sich sehr leicht über die topographischen Verhältnisse orientieren kann. Um noch größere Übersichtlichkeit zu bekommen, empfiehlt K. den oberen Wundrand mittels einer in seiner Mitte angelegten Knopfnaht mit der Haut der oberhalb der Wunde gelegenen Halsgegend zu verbinden und den unteren Wundrand in analoger Weise an die Haut der unteren Halsregion temporär anzunähen. So entsteht ein noch größeres quadratartiges oder rhombusähnliches Operationsfeld, das während der ganzen Dauer der Operation sich unverändert erhält. Das Annähen der Wundränder nimmt nur Sekunden in Anspruch. Hat man sich auf diese Weise eine klare Übersicht geschaffen, so gestaltet sich der weitere Verlauf der Operation sehr leicht. In der Mitte sieht man die Linea albicans verlaufen, seitlich von ihr die Venae medianae und darunter die Halsmuskeln. Während bei dem Längsschnitt es mitunter auch dem Geübtesten passiert, daß er die oft sehr schmale weiße Mittellinie verfehlt und sich durch die Halsmuskulatur einen Weg zur Trachea bahnen muß, — von den anderen Wegeirrungen ganz zu schweigen! — ist hier ein Abirren oder ein Verfehlen der Mittellinie von vornherein nicht möglich. Außerdem gestaltet sich das operative Vorgehen, da man immer in der bindegewebigen Schichte bleibt, ganz ohne Blutung.

Die Trachea wird mittels stumpfen Instrumentes (Pinzette, Messergriff) freigelegt, nachdem der Isthmus der Schilddrüse nach querem Einschnitte der Fascia media oberhalb des Krikoidknorpels mittels Haken nach unten gezogen worden ist.

Die Luftröhre wird nun quer eröffnet. Da das kranke Kind auf einer Nackenrolle mit zurückgebeugtem Kopfe liegt, klafft die Trachealwunde in breitem Spalte; in ungehindertem Strome dringt die

Luft ein und aus. Das Einführen der Kanüle kann somit in größter Ruhe vorgenommen werden, weder bedarf es eines Hakens, um die Trachea zu fixieren, noch um die Trachealwunde auseinander zu halten. Unter keinen Umständen soll der Krikoidknorpel inzidiert werden, da erfahrungsgemäß die Krikotracheotomie beim Kinde häufig Schwierigkeiten beim Dekanülement zur Folge hat. Am zweckmäßigsten ist es, den Querschnitt etwa zwischen dem zweiten und dritten Trachealring anzulegen.

Nunmehr werden die beiden temporär angelegten Nähte entfernt und die Operation ist beendigt.

Die Tracheotomie wird bei liegendem Tubus gemacht. Der Wundverlauf ist gut, der Kanülenwechsel leicht durchzuführen. Die Narbe ist kaum sichtbar. Schick.

X. Lewkowicz, Die Behandlung des Scharlachs mit Scharlachstreptokokkenserum. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1912. Bd. 10. Nr. 12. S. 676.) Zur Verwendung gelangte Palminski und Buiwidsches Serum, in der Menge von 50—100 ccm. Die Fälle wurden nach Moser am Tage der Injektion prognostisch abgeschätzt (Prognose I—IV) und durch das Los entschieden, ob Serum angewendet werden soll oder nicht. Das Serum hat auf die Mortalität der Gruppe III und IV keinen Einfluß gehabt, doch ist die Zahl der behandelten Fälle noch klein. Dagegen findet L. einen deutlichen günstigen Einfluß auf den Verlauf der septischen Streptokokkenkomplikationen. Dieser Einfluß kommt namentlich in den Fällen der Gruppe II zum Ausdruck. L. meint, man solle das Serum frühzeitig anwenden und nicht nur in den schweren Fällen, sondern in den leichten und leichtesten, um prophylaktisch gegenüber den septischen Komplikationen einzuwirken. Schick.

A. Baginsky, Zur Infektionsdauer des Scharlachs.[1]) (Aus dem Städtischen Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 16.) Es sind im ganzen 45 Fälle von Übertragungen vorgekommen, in die Familien hinein, nachdem die Kinder entlassen worden sind, ohne daß noch irgendwelche Affektionen bei ihnen bestanden. B. hat die Krankengeschichten daraufhin nochmals durchgesehen, und wenn er sich auch nicht ohne weiteres darauf verlassen kann — da die Herren Assistenten jeden einzelnen Fall vielleicht nicht absolut genau auf jede Einzelheit prüfen, wenn ein Kind als gesund entlassen wird, — so glaubt er doch, daß irgendwie erhebliche Erkrankungsformen ihnen nicht entgangen sind. So findet er zwei Fälle darunter, wo noch eine Otitis vorhanden war, aber sonst erschienen die Kinder völlig gesund. Sie schuppten nicht mehr ab und konnten mit gutem Gewissen als geheilt entlassen werden.

Es ist interessant, daß sieben Kinder nach 3 Tagen die Infektion ins Haus hineintrugen. Davon steckte ein Kind, das nach 42 Tagen entlassen war, nach 3 Tagen sogleich zwei Kinder wieder

[1]) Vortrag in der Pädiatrischen Sektion des Vereins für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin, 26. Februar 1912 (Diskussion in dieser Nummer).

an. Dann sind sechs Kinder, welche nach 4 Tagen die Krankheit ins Haus hineintrugen; auch hier hat die Entlassung erst nach 42 Tagen stattgefunden.

Wir können also behaupten, daß, wenn man die Kinder auch bis zu 42 Tagen zurückbehält und weiß, daß sie nicht mehr abschuppen, insbesondere keine Nephritis, auch keine krankhaften Absonderungen haben, mit einem Worte, in keiner Richtung Anomalien zeigen, doch noch eine Übertragung in den Familien stattfindet. So wissen wir wohl, wann der Scharlach anfängt, wir können aber nicht sagen, wann er aufhört.

Das lehrt uns, daß wir mit den 6 Wochen, die im Seuchengesetz vorgeschrieben sind, eigentlich noch nicht genug haben; wir sind aber auch nicht einmal in der Lage, dem Gesetzgeber anzugeben, wie lange die Klausur der Kinder im Krankenhause ausgedehnt werden soll, weil wir nicht wissen, wo das Kontagium sich findet.

Wenn wir nun von einer Behörde zu einer Antwort aufgefordert werden, wie lange Scharlachkinder in Klausur gehalten werden sollen, so müßten wir eigentlich zu dem Schlusse kommen, daß noch längere Perioden genommen werden, als das Gesetz bisher vorschreibt. Aber wie lange ein Kind im Krankenhause schließlich behalten werden solle, das kann kein Mensch sagen. Es ist nicht möglich, die Kinder so lange im Krankenhause zurückzuhalten, daß man tatsächlich jede Möglichkeit der Übertragung eines Kontagiums ausschließen kann. Wir werden immer wieder darauf verweisen müssen, wenn wir nach dieser Richtung einen Rat geben sollen, der darin besteht, besondere Stationen zu schaffen, wo diese Kinder zunächst untergebracht werden, also Rekonvaleszentenheime für scharlach- wie für diphtheriekranke Kinder einzurichten. **Grätzer.**

Richard Hahn, Über hämorrhagische Nephritis bei hereditärer Lues.[1]) (Aus dem Berliner Städtischen Kinderasyl und Waisenhaus.) (Ebenda.) H. schildert drei Fälle:

Wir finden in allen drei Fällen bei sicherer Heredosyphilis klinisch und pathologisch-anatomisch schwere hämorrhagische Nephritis; zwei von den Fällen müssen sicher, einer als sehr wahrscheinlich als rein auf spezifischer Grundlage entstanden angesehen werden. In allen drei Fällen waren Ödeme vorhanden, die in einem Fall auch Skrotum und Bauchhaut mitbetrafen. Aus dem Urinbefund ist hervorzuheben, daß im Falle G. neben den gewöhnlichen Bestandteilen der hämorrhagischen Nephritis auch Wachszylinder und hochgradige Verfettung der Epithelien: Fettkörnchenzellen und Fettkörnchenkugeln gefunden wurden — ein Befund, wie er in fast identischer Weise in dem Finkelsteinschen Fall erhoben wurde. Ob diese Bestandteile, die schon an und für sich für eine mehr chronisch entzündliche Parenchymerkrankung sprechen, für die spezifische Nephritis charakteristisch sind, müssen erst weitere Beobachtungen lehren.

In einem Falle kam es vorübergehend zu Anurie, urämische Symptome sind nie beobachtet. Bemerkenswert ist, daß in zwei von

[1]) Nach einem am 26. Februar d. J. im Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde gehaltenen Vertrage.

den Fällen schon klinisch eine Vergrößerung der Niere festgestellt werden konnte — ein Befund, wie er von Hirsch für die luetische Nephritis des Erwachsenen als charakteristisch angegeben wird.

Was das Alter der Kinder betrifft, bei denen bisher eine solche hämorrhagische Nephritis zur Beobachtung kam, so ist es auffallend, daß sämtliche bisher bekannten Fälle, wenn wir von Hirschs Fall absehen, sehr junge Kinder betrafen. Das Alter der Kinder schwankte nur zwischen 7 Tagen und 3 Monaten, und es dürfte mehr als ein Zufall sein, daß drei von den Fällen — und zwar gerade die sichersten — auf die zweite Lebenswoche entfallen; es entspricht dies der allgemeinen Erfahrungstatsache, daß die schwersten erbsyphilitischen Organveränderungen gegen das Ende des Fötallebens oder im frühesten Säuglingsalter angetroffen werden, während sie schon beim älteren Säugling immer seltener und geringgradiger werden. Grätzer.

A. Loewy und **P. Sommerfeld,** Untersuchungen an einem Falle von kindlichem Myxödem.[1]) (Aus dem Städtischen Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin.) (Ebenda.) Es handelt sich um ein 7 jähriges Kind, das nur 8 1/2 kg wiegt und 75 cm lang ist. Nach Gewicht und Länge entspricht es einem normalen Kinde von etwa einem Jahre. Seine körperlichen und geistigen Funktionen sind aber noch weit mehr zurückgeblieben, denn es konnte bei der Aufnahme ins Krankenhaus weder stehen, noch sitzen, noch sich aufrichten, noch selbständig Nahrung zu sich nehmen, noch auch nur einen menschlichen Laut von sich geben.

Die Untersuchungen erstrecken sich in erster Linie auf den Stoffwechsel des Kindes, und zwar einerseits auf den Gesamtstoffwechsel, wie er durch die Untersuchung des Gaswechsels ermittelt wird, anderseits auf die Größe des Stickstoffumsatzes. Weiterhin stellten Verff. über eine mit den Stoffwechselvorgängen in Beziehung stehende Frage Beobachtungen an, nämlich über die Assimilationsfähigkeit für Kohlehydrate (bzw. über das Auftreten von Glykosurie nach Kohlehydratzufuhr); endlich untersuchten sie nach einigen Richtungen hin das Verhalten des Blutes.

Besonderes Interesse mußte die Untersuchung des Stoffwechsels erwecken.

Die vier Versuche, die Verff. anstellten, ergaben fast identische Werte.

Sie erhielten:

pro Minute ccm O_2-Verbrauch	pro Minute ccm CO_2-Bildung	Respier. Quot.
77,17	62,19	0,806

Daraus berechnen sich folgende weiteren Werte:

pro 24 Stunden O_2-Verbrauch	pro 24 Stunden u. qm Obfl. O_2-Verbrauch	pro 24 Stunden u. qm Obfl. Kal.	pro 24 Stunden u. Kilo Kal.
111,18 L	211,7 L	1001,6	61,31

[1]) Nach einem Vortrage in der Sektion für Kinderheilkunde des Vereins für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin, am 11. März 1912.

Um die Bedeutung dieser Werte klar zu machen, möchten Verff. die einem gesunden, gleichschweren Kinde zukommenden hierher setzen. Sie entnehmen sie Versuchen von Schlossmann.

pro 24 Stunden O_2-Verbrauch	pro 24 Stunden u. qm Obfl. O_2-Verbrauch	pro 24 Stunden u. qm Obfl. Kal.	pro 24 Stunden u. Kilo Kal.
108,3 L	216,6 L	1054,5	64,7

Man sieht, daß eine vollkommene Übereinstimmung besteht. Das Minus bei dem untersuchten Kinde beträgt nur 5%, eine Differenz, die noch in die Grenzen der individuellen Schwankungen bei Gesunden hineinfällt.

Der Fall stellt sicher eine sehr schwere Form von Myxödem dar. Wenn er trotzdem der Regel widerspricht, daß bei schwerem Myxödem der Erhaltungsumsatz stark erniedrigt ist, so muß man schließen, entweder daß diese Regel nicht ohne Ausnahme ist und bei Untersuchungen weiterer Fälle auch bei erwachsenen Myxödematösen sich manchmal Ausnahmen finden werden, oder man muß daran denken, daß das kindliche Myxödem sich anders verhält als das Myxödem der Erwachsenen bzw. als das erworbene. Man könnte allerdings auch dem Gedanken Raum geben, daß die hohen Erhaltungswerte eine Folge seien der vorangegangenen Darreichung von Thyreoideatabletten. Aber diese Annahme möchten Verff. am wenigsten gelten lassen. Denn nach allem, was wir wissen, steigt unter Thyreoideagebrauch der Umsatz erst dann zur Norm, wenn die Allgemeinerscheinungen der Krankheit zum wesentlichen Teile geschwunden sind, was bei diesem Kinde nicht der Fall war, und nach dem Aussetzen der Schilddrüsenzufuhr gehen die erhöht gewesenen Umsatzwerte bald wieder herab. In obigem Falle hätten sie aber noch 7 Wochen nach der Darreichung auf der Höhe gesunder Kinder sich erhalten haben müssen.

Eine befriedigende Erklärung des Verhaltens der Gaswechselwerte können Verff. vor der Hand nicht geben. Das wird erst bei Untersuchung weiterer Fälle möglich sein.

Wich somit das Kind in dieser Beziehung von dem, was als charakteristisch für das schwere Myxödem gilt, ab, so war die Reaktion seines Gaswechsels auf die Zufuhr von Schilddrüsensubstanz absolut typisch. Verff. stellten drei weitere Gaswechselversuche an, als das Kind 5 Wochen lang Schilddrüsensubstanz erhalten hatte. Dabei fanden sie folgende Mittelwerte:

pro 24 Stunden O_2-Verbrauch	pro 24 Stunden u. qm Obfl. O_2-Verbrauch	pro 24 Stunden u. qm Obfl. Kal.	pro 24 Stunden u. Kilo Kal.
151,94 L	289,9 L	1396,4	76,69

Die Zahlen bedeuten eine Zunahme um etwa 30% gegenüber den früheren Werten. Diese Steigerung über den normalen Umsatz hinaus — und das Kind hatte ja zuvor einen ganz normalen Umsatz — ist häufig bei Myxödematösen sowohl wie auch bei Gesunden nach Schilddrüsenzufuhr beobachtet worden.

An zweiter Stelle haben Verff. den Stickstoffumsatz des Kindes zu ermitteln versucht. — Aus den Versuchen an erwachsenen Myxödematösen geht hervor, daß diese einen sehr niedrigen Stickstoffumsatz haben, daß sie mit geringen Mengen von Stickstoff in das Stickstoffgleichgewicht zu bringen sind und bei steigender Stickstoffzufuhr leicht Stickstoff ansetzen. Bei wachsenden Individuen komplizieren sich die Dinge, da schon bei gesunden Kindern der Wachstumstrieb zu einem, wie es scheint, individuell wechselnden Stickstoffansatz führt. Es ist deshalb bei Untersuchung kranker Kinder schwer zu sagen, ob im Einzelfalle die beobachtete Tendenz zum Stickstoffansatz von der Norm abweicht oder noch innerhalb der Norm liegt. Eine Untersuchung nach dem gewöhnlichen Schema führt deshalb nicht zu eindeutigen Ergebnissen.

Um sich ein Bild von dem, sie möchten sagen, Eiweißhunger des Kindes zu machen, gingen Verff. so vor, daß sie den Stickstoffumsatz 10 Tage lang ermittelten.

Diese 10tägige Versuchsreihe zerfiel in drei Perioden, je eine Vor- und Nachperiode von 3 Tagen und eine Zwischenperiode von 4 Tagen. In den ersten beiden wurde eine fast identische, den Bedarf deckende und eiweißreiche Nahrung gegeben, in der Zwischenperiode dagegen wurde eine praktisch eiweißfreie Nahrung zugeführt. In der Vor- und Nachperiode betrug die Stickstoffzufuhr 8—8 $^1/_2$ g pro die, bei einem Energiegehalt der Nahrung von 109 Kal. pro Körperkilo. Der Energiegehalt lag also an der oberen Grenze der gewöhnlichen Zufuhr, der Eiweißgehalt etwas über der sonst üblichen Menge. In der Zwischenperiode wurden dem Kinde nur 0,24 N pro die zugeführt, das ist etwa $^1/_{32}$ der in den beiden anderen zugeführten Mengen.

Ohne auf die Einzelwerte einzugehen, möchten Verff. als Ergebnis nur mitteilen, daß das Eiweißretentionsvermögen des Kindes außerordentlich hoch war. In der Vorperiode wurden von den 8 g N retiniert 5,6 g, das sind 69 $^0/_0$ der Zufuhr. In der eiweißfreien Periode wurde natürlich Eiweiß vom Körper hergegeben, aber doch auffallend wenig, nämlich nur 1,1 g N pro die, das sind 4,4 g in der ganzen 4tägigen Periode. Dafür war in der Nachperiode die Eiweißretention um so erheblicher. Von den zugeführten 8 $^1/_2$ g N pro die wurden nämlich 7 g zurückgehalten, das sind 81 $^0/_0$ der Zufuhr. Danach wurde also schon am ersten Tage der Nachperiode nicht viel weniger als das Doppelte derjenigen Stickstoffmenge zurückgehalten, die der Körper in der ganzen eiweißfreien Periode abgegeben hatte.

Man kann aus diesen Ergebnissen jedenfalls so viel schließen, daß das Vermögen, Eiweiß zurückzuhalten, bei dem Kinde außerordentlich ausgesprochen war. Nach einem Vergleich mit gesunden Kindern muß man sogar sagen, daß es abnorm groß war, was mit den Befunden bei Erwachsenen übereinstimmen würde. Zum Vergleich mit ihren Werten möchten Verff. Ergebnisse heranziehen, die Baginsky und Sommerfeld früher publiziert haben. Bei ihnen finden sich Angaben über ein gesundes Kind, das pro Tag nicht viel weniger Stickstoff als dieses Kind zugeführt erhielt, nämlich 7 g, und genau

dieselbe Kalorienmenge in der Nahrung, nämlich 109 Kalorien pro Körperkilo. Dieses 3 1/4 jährige Kind, dessen Fähigkeit zur Stickstoffretention eigentlich höher sein sollte als die dieses 7 jährigen, hielt von den zugeführten 7 g nur 2,09 g zurück, das sind nur 30% der Zufuhr.

Auch hier werden erst Untersuchungen an weiteren myxödematösen Kindern zeigen können, wieweit dieses Verhalten charakteristisch für die Krankheit ist, oder wieweit es etwa mit der Individualität des Kindes zusammenhängt.

Es ist bekannt, daß Zufuhr von Schilddrüsensubstanz bei einzelnen Individuen zu Zuckerausscheidung Veranlassung gibt. Bei dem Kinde aber kam es zu Glykosurie außerhalb der Periode der Schilddrüsenzufuhr. Diese Glykosurie kann man nicht als eine eigentlich alimentäre bezeichnen, denn sie ging nicht der Größe der Kohlehydratzufuhr parallel. Sie fand sich an Tagen mit geringerer und fehlte an Tagen mit größerer Kohlehydratzufuhr. Zuweilen war sie so gering, daß die Zuckermenge quantitativ nicht sicher bestimmt werden konnte. Andere Male wurden 0,25% und 0,5% (1,1 g Zucker pro Tag) ausgeschieden. An einem Tage sogar 0,8%, entsprechend 2 1/2 g pro Tag. Bemerkenswert ist dabei, daß die Darreichung von Schilddrüsensubstanz keinen Einfluß auf die Zuckerausscheidung hatte; denn gerade während einer 22 tägigen Periode der Schilddrüsenzufuhr fand sich kein Zucker, und die dann wieder zeitweilig auftretende Ausscheidung ging auch wieder nicht der zugeführten Kohlehydratmenge parallel.

Bei der Untersuchung auf Eiweiß zeigte der Harn häufig eine Opaleszenz oder schwache Trübung, war aber ohne morphotische und sonstige pathologische Bestandteile.

Endlich möchten Verff. über das Verhalten des Blutes nur mitteilen, daß es im wesentlichen normal war. Der Hämoglobingehalt betrug 88% nach Gowers. Die Zahl der roten Blutzellen war 5,86 Millionen im Kubikmillimeter Blut. Kernhaltige Blutzellen fanden sich nicht. Nur die Zahl der Leukozyten war höher als normal, sie betrug 14300 im Kubikmillimeter. Dabei war der Anteil, den die einzelnen Leukozytenformen an der Gesamtmenge hatten, nicht gegen die Norm verändert, insbesondere bestand weder Eosinophilie noch Eosinopenie.

Was die Verff. im vorstehenden mitteilen, ist kein abgeschlossenes Bild. Es handelt sich vorläufig nur um ein Mosaik von Einzelheiten, um Bausteine, aus denen erst durch weitere Untersuchungen an weiteren Kranken sich ein zusammenhängendes Gebäude wird konstruieren lassen. Trotzdem glaubten Verff., daß auch der mitgeteilte Beitrag, der immerhin zu einer weiteren Klärung dieser seltenen Krankheit zu dienen geeignet ist, ein gewisses Interesse erwecken dürfte.

Grätzer.

Oskar Rosenberg, Über Ikterus bei der hereditären Syphilis.[1]) (Aus dem Berliner Städtischen Kinderasyl und Waisen-

[1]) Vortrag im Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde, Sektion für Pädiatrie am 26. Februar 1912.

haus.) (Ebenda.) Die Lehre vom Ikterus bei der hereditären Syphilis ist seit den umfangreichen Arbeiten Hochsingers Gegenstand der Kontroverse geworden. Auf Grund seiner Erfahrungen an einem großen Material und unter kritischer Würdigung der Literatur hat Hochsinger die Meinung ausgesprochen, daß die syphilitische Erkrankung der Leber beim Säugling nicht Ikterus zu erzeugen pflege. Diese Beobachtung haben Heubner und Finkelstein nicht bestätigen können. Vielmehr konnten sie in ihren Lehrbüchern an der Hand einiger Fälle demonstrieren, daß gelegentlich die Gelbsucht als Symptom der Leberlues beim Säugling vorkommen könne.

Hochsinger hat nun neuerdings seine ursprüngliche Ansicht etwas eingeschränkt, aber in der Hauptsache hält er sie doch aufrecht; somit ist die Frage noch keineswegs geklärt, und es wird nötig sein, durch eine größere Kasuistik sich zunächst ein Bild zu machen, ob und inwieweit der Ikterus überhaupt in direkter Abhängigkeit von der luetischen Erkrankung der Leber und des Gallenapparates vorkommt. Die zweite Frage wäre die, ob es möglich ist, aus der Koinzidenz des Ikterus mit anderen syphilitischen Manifestationen bestimmte Schlüsse auf die Art der Läsion, die Diagnose und Prognose des einzelnen Falles zu ziehen. Leider gibt uns die Literatur über diese Einzelheiten so gut wie keinen Aufschluß. Die Konstatierung, daß „der Ikterus bei der hereditären Syphilis vorkommen könne", ist meist die Summe dessen, was über diese Zustände gesagt wird. Soviel ist sicher, daß der Ikterus bei der hereditären Lues als ein seltenes Vorkommnis anzusehen ist, und von den wenigen publizierten Fällen ist noch ein guter Teil wegen der nicht sicher stehenden syphilitischen Ätiologie in Abzug zu bringen.

Es wird nun von R. über einige Luesfälle mit Ikterus berichtet, die in ihrem klinischen Verhalten und in ihren anatomischen Befunden Unterschiede untereinander aufweisen und aus diesem Grunde mehr als nur ein kasuistisches Interesse verdienen.

Bei einer Gegenüberstellung der mitgeteilten Krankengeschichten lassen sich folgende Formen unterscheiden:

1. Ein angeborener schwerer Ikterus, entstanden auf der Basis eines Verschlusses der großen Gallengänge durch ein Gumma der Leberpforte, also ein echter Stauungs- oder mechanischer Ikterus (Peripylephlebitis gummosa).

2. Ein schwerer Ikterus, durch antiluetische Kur geheilt, wahrscheinlich bedingt durch eine Cholangitis gummosa.

3. Ein schwerer Ikterus, entstanden während der ersten Eruptionsperiode, mit parenchymatöser Degeneration der Leberzellen, ohne nennenswerte interstitielle Entzündung.

4. Ein Ikterus, wiederum entstanden um die Zeit der Hauteruptionen bei bereits bestehender hochgradiger interstitieller Hepatitis.

5. Zwei schwere Fälle von Ikterus während der Periode der ersten Hauteruptionen, kompliziert durch gleichzeitig bestehende Infektionskrankheiten.

Mit Ausnahme des mechanisch entstandenen Ikterus im Fall I konnten in sämtlichen Fällen nur Vermutungen bezüglich des anatomischen Substrates des Ikterus ausgesprochen werden, zum Teil mußte mit der Feststellung des anatomischen Befundes auf weitergehende Schlüsse bezüglich der Entstehung des Ikterus verzichtet werden.

Diesem Non liquet gegenüber geben die auffallenden klinischen Übereinstimmungen vielleicht einen Fingerzeig. Es dürfte doch mehr als ein Zufall sein, daß wiederum, mit Ausnahme des ersten Falles, alle übrigen ikterischen Erkrankungen zu der Zeit entstanden, wo auch andere syphilitische Manifestationen an der Haut und den Schleimhäuten in die Erscheinung traten, daß also der Ikterus nach dem Latenzstadium in die sogenannte erste Eruptionsperiode der hereditären Lues fiel. Sollte es sich hier vielleicht um ein Analogon zu der in der Frühperiode der akquirierten Lues auftretenden Gelbsucht handeln? Die klinischen Bilder sind so auffallend ähnlich, daß diese Vermutung gerechtfertigt sein dürfte, obwohl die Literatur derartige Vorkommnisse nicht aufzuweisen scheint. Trotz der Verschiedenheit des anatomischen Befundes liegt allen wahrscheinlich ein und dieselbe den Ikterus auslösende Schädigung zugrunde.

Es wären schließlich nur noch einige Worte über den Ikterus im Verlauf der Lues zu sagen, der durch anderweitige Infektionen kompliziert war. Hier läßt sich natürlich der Einwand erheben, daß derartige schwere Infektionen auch ohne die Lues mit einem Ikterus einhergehen können, daß es sich hier also um einen septischen Ikterus handle, eine Annahme, für die auch einigermaßen der mikroskopische Befund sprechen könnte.

Dagegen ist nun zu sagen, daß die Untersuchung der Leber auf Bakterien in beiden Fällen ein negatives Ergebnis hatte, daß ferner in dem einen Falle, in dem eine Blutuntersuchung vorgenommen wurde, keine Bakteriämie vorlag. Immerhin läßt sich der Einwand nicht von der Hand weisen, aber es muß auch darauf aufmerksam gemacht werden, daß der ohne komplizierende Infektion verlaufene Fall von Ikterus ebenfalls eine parenchymatöse Entartung zeigte.

Nach Finkelstein ist eine Anzahl der als syphilitisch bezeichneten Ikterusfälle wahrscheinlich als eine „zufällige Komplikation mit einer der nicht spezifischen Arten des Ikterus“ aufzufassen. Vielleicht kann R. für seine Fälle einen Mittelweg einschlagen. Da der Ikterus hier ebenso wie in einem Teil der reinen Fälle um die Zeit der ersten Eruption der Syphilis auftrat, so ist es vielleicht angängig, hier eine Mischinfektion, vielleicht auch eine Intoxikation plus Infektion oder auch zwei toxische Schädigungen (Syphilis + Infektion) für die Entstehung des Ikterus anzuschuldigen. Grätzer.

8. Peltesohn, Über einen Fall von Peroneuslähmung durch eine amniotische Schnürfurche. (Berl. klin. Wochenschrift 1912. Nr. 13.) 8 Monate altes Kind mit Klumpfüßen, multiplen anderen Mißbildungen und einer Anomalie, für die sich in der Literatur keine Analoga finden.

Betreffs der Klumpfüße ist bekannt, daß in der weitaus größten Zahl der Fälle Raumbeengung im Uterus, z. B. durch Fruchtwassermangel, als Ursache für diese kongenitale Anomalie anzuschuldigen ist. Wenn man nun auch im vorliegenden Falle dieses ätiologische Moment nicht gänzlich von der Hand weisen will, so spricht doch der Umstand, daß sich an den Füßen des Kindes ebenso wie an den Händen amniotische Fäden befunden haben müssen, für die Bedeutung dieser Amnionanomalien bei der Entstehung der Klumpfüße. Als solche Einwirkung amniotischer Stränge müssen wir den Befuud einer bürzelförmigen Hautabschnürung am Endglied der großen Zehe des rechten Fußes, ferner den Defekt der Endglieder und die Verwachsung der zweiten und dritten Zehe, weiterhin am linken Fuß die Schwimmhautbildung zwischen der zweiten, dritten und vierten Zehe auffassen.

Was die Entstehung der Peroneuslähmung betrifft, so unterliegt es wohl keinem Zweifel, daß sie als eine Folge der Kompression des Nerven durch den am oberen Ende des Unterschenkels gelegenen tiefen amniotischen Schnürring zu betrachten ist. Liegt doch der Nerv in der Höhe des Fibulaköpfchens bekanntlich ziemlich oberflächlich, und ist er doch hier Läsionen besonders leicht ausgesetzt. Die sich aufdrängende Frage, ob etwa die Peroneuslähmung hier pathogenetisch bei der Bildung des linksseitigen Klumpfußes anzuschuldigen ist, da ja bekanntlich gerade der Pes equinovarus bei Paralyse dieses Nerven entsteht, darf man wohl mit Recht verneinen. Dagegen spricht schon der Umstand, daß das Kind auch rechterseits Klumpfußbildung zeigt, ohne daß an dieser Seite eine Lähmung vorhanden ist, ebenso sprechen dagegen die zahlreichen sonstigen, zweifellos auf Einwirkung amniotischer Stränge beruhenden Mißbildungen.

Was die in dem oben beschriebenen Fall einzuschlagende Behandlung anlangt, so dürfte die Korrektur des rechtsseitigen Klumpfußes in der üblichen Weise mit Tenotomie und Redressements in normaler Weise vonstatten gehen. Größere Schwierigkeiten sind am linken Klumpfuß zu erwarten. Selbst nach gelungener Korrektur ist hier, wenn nicht dauernd ein Apparat getragen wird, ein Rezidiv infolge der Peroneuslähmung zu befürchten. Es erscheint daher geboten, den Nervus peroneus auf operativem Wege von dem durch den amniotischen Ring verursachten Druck zu befreien. Ob dadurch unter gehöriger Nachbehandlung der Nerv und die von ihm versorgten Muskeln funktionstüchtig werden, muß natürlich dahingestellt bleiben, da Erfahrungen in dieser Beziehung nicht vorhanden sind. Jedenfalls muß der Klumpfuß redressiert werden. Stellt sich nach der genannten Operation die erwartete Funktion nicht ein, dann bleibt uns noch immer die Möglichkeit, den gelähmten Nerven durch Pfropfung vom N. tibialis aus zu neurotisieren oder durch Transplantation einer Sehne der Tibialmuskeln auf die Peronealseite das Muskelgleichgewicht herzustellen. Grätzer.

Langenstrass, Ein Fall von Diphtherie mit Fremdkörpersuffokation durch eingedicktes Sekret. (Aus der medizin. Klinik zu Jena.) (Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 20.)

Krankengeschichte: W. B., 5jähr. Mädchen, aufgenommen am 3. November 1911, im Zustande hochgradiger Atemnot mit weithin hörbarem Stridor. Die Krankheit (Diphtherie) soll vor etwa 5 Tagen begonnen haben. Die Tonsillen sind geschwollen und gerötet; rechterseits wird eine kleine weiße Membran sichtbar: am Herzen sind keine Veränderungen nachweisbar. Die Lungengrenzen stehen in Höhe der 7. Rippe und des 12. Brustwirbels und sind nicht nachweisbar verschieblich. Rechts hinten oben findet sich eine leichte Schallverkürzung. Atemgeräusch ist wegen des Stridors kaum wahrnehmbar. Als Folge der Larynxstenose bestehen tiefe inspiratorische Einziehungen. Da die Intubation wegen völliger Verlegung der Glottis durch Membranen nicht gelingt, wird die Tracheotomia inferior ausgeführt. Danach wird sofort die Atmung frei, und man hört auf der linken Lunge, vor allem hinten, feuchte Rasselgeräusche und reichliches Giemen. Die im 5. Interkostalraum, 8.—9. Brustwirbel stehenden Lungenränder lassen auch jetzt keine Verschieblichkeit erkennen. — Injektion von 8000 I.-E. Serum.

Der folgende Tag verlief leidlich gut. Aus der Trachealkanüle wurde reichlich schleimig-eitriges Sekret entleert. Das Kind war frei von Atemnot, aber verdächtig euphorisch bei hohem Fieber. Obgleich der Sprayapparat viele Stunden hindurch angewendet wurde, ließ allmählich die Expektoration von Schleim und Eiter in auffallender Weise nach, so daß die Kanüle fast ganz sauber blieb. Gegen Morgen des dritten Tages trat plötzlich wieder hochgradige Atemnot auf. Das Kind wurde stark zyanotisch und bekundete heftige Unruhe und Angst. Es fehlten die Einziehungen am Thorax, der sichtbare Atembewegungen nicht erkennen ließ. Die Lungenränder standen in nahezu der gleichen Höhe wie nach dem Luftröhrenschnitt und ebenso unbeweglich. Ein Atemgeräusch war nicht hörbar, nur hin und wieder, wie von fern her, leises Giemen. Bei vorübergehender Entfernung der Kanüle zwecks Inspektion der Trachea erblickte man in deren Lumen dicke, weiße Membranen. Zunächst gelang es nicht, die Atmung frei zu machen.

Um keine Möglichkeit der Hilfe unerprobt zu lassen, sollte in extremis mit einer langen Pinzette die Extraktion erreichbarer Membranen versucht werden. Nach dem ersten Eingehen wurde ein lebhafter Hustenreflex ausgelöst und dadurch ein derber, bräunlicher Pfropf in weitem Bogen ausgeworfen, der den Ausguß der Trachealbifurkation darstellt.

Auf einem Querschnitte des Pfropfes sieht man makroskopisch eine derbere zentrale Achse; um diese liegen gefaltet Teile von Membranen und Schleim. Die mikroskopische Untersuchung des in Formalin gehärteten Objektes ergibt, daß außer der Hauptsache mehrere kleinere Centra sich finden, um die herum eine mehr oder weniger deutliche konzentrische Schichtung zu erkennen ist, und daß das Gebilde aus Fibrin, Schleim, Detritus und Mikroorganismen besteht.

Momentan wurde die Atmung frei, und große Massen, offenbar hinter dem lederartigen derben Pfropfe retinierten eitrigen Schleimes wurden entleert. Die Stellung der Lungenränder blieb unverändert, aber Atemgeräusch und Rasseln wurde überall hörbar. Gleichzeitig schwand die starke Zyanose, und einige Stunden leidlich guten Befindens folgten. — Alsdann nahm jedoch die Atemnot wieder zu und führte unter Benommenheit und erneuter hochgradiger Zyanose zum Exitus. Als direkte Todesursache kam offenbar die mechanische Atembehinderung und die Zunahme der durch nichts bekämpfbaren Herzschwäche in Betracht.

Bei der Sektion fanden sich die Bronchen und Bronchiolen ausgefüllt von Pseudomembranen und Eitermassen. Das Herz war dilatiert und die Herzmuskulatur in charakteristischer Weise getrübt.

Es entsteht die Frage, ob es mit den zu Gebote stehenden Mitteln möglich ist, den Eintritt solcher Komplikationen vorauszusehen und event. rechtzeitig zu verhindern. Dies wäre nur dann in vollem Umfange denkbar, wenn wir über deren Ursachen mehr Klarheit gewinnen könnten.

Die nächstliegende Vermutung, daß die Kanüle zu eng gewesen sei und daß die Sekretmassen sich hier gestaut hätten, kann aus-

geschlossen werden, da auf die richtige Weite der Kanüle besonders geachtet wurde. Unwahrscheinlich ist weiter, daß beim Reinigen der Kanüle die hier vorhandenen Sekretmassen nach abwärts gestoßen wurden, und zwar aus verschiedenen Gründen: Die Reinigung der inneren Kanüle war nur nach ihrer Herausnahme möglich, so fest klebten im Anfange die zähen Massen. Das Manipulieren mit der Federpose dürfte hier nicht ausgereicht haben, um größere Massen abzulösen. Sodann war einige Stunden vor Eintritt der Fremdkörperwirkung die Kanüle ganz sauber geblieben. Schließlich spricht der Befund der konzentrischen Schichtung um die Längsachse auch gegen eine Entstehung durch den angedeuteten Mechanismus. Am plausibelsten ist die Annahme, daß die Expektoration doch nicht ausreichte, um alle Membranen zu expektorieren. Sie bildeten den Kern, um den sich von der Wand her immer neue Massen anlagerten. Dies wurde begünstigt durch die andauernd hohe Körpertemperatur, die die Luftwege schließlich so wasserarm machte, daß der Sprayapparat trotz ununterbrochenen Arbeitens nicht imstande war, die Lösung und Expektoration der eindickenden Sekretmassen zu ermöglichen. Dazu kommt, daß die bis 41,2° fiebernde Patientin stundenlang in tiefer Somnolenz lag, aus der sie nur für Momente erweckt werden konnte, und daß sie deshalb nicht expektorierte.

Nichtsdestoweniger erscheint es bedeutungsvoll, die Möglichkeit des Vorkommens solcher Komplikationen überhaupt zu kennen. In allen Fällen, wo der hier beobachtete Symptomenkomplex

1. Euphorie des Patienten, trotz klinisch sicherer Fortdauer der Krankheit, abwechselnd mit tiefer Somnolenz,
2. hochgradige Atemnot und Zyanose trotz völlig frei passierbarer und richtig gewählter Trachealkanüle,
3. Tiefstand der Lungen und Fehlen der Atemgeräusche,
4. hohes Fieber

auftritt, dürfte es ratsam sein, nach dem Auftreten derartiger Sekretpfröpfe zu fahnden und ihre Entfernung und damit die Beseitigung des Atemhindernisses zu versuchen. Grätzer.

A. Mendler, Was kann man bei angeborener Coxa-vara auf blutig operativem Wege erreichen? (Aus der chirurgisch-orthopädischen Heilanstalt „Johanneum" in Ulm a. D.) (Ebenda.)

Vor ca. 5 Jahren sah M. die kleine Patientin zum erstenmal im Alter von ca. $4^1/_2$ Jahren. Sie bot klinisch, nach dem Gang zu schließen, das Bild doppelseitiger angeborener Hüftgelenksverrenkung. Es fiel jedoch bei der Untersuchung auf, daß die Abduktionsmöglichkeit beider Beine sehr stark beschränkt war. Die Rollhügel standen beiderseits über der Roser-Nélatonschen Linie. Die Röntgenbilder der Hüftgelenke zeigten folgenden Befund: Beide Schenkelhälse bis zum Ansatz an den Trochanter stark nach abwärts disloziert. Der Schenkelhals ist beiderseitig durch unverknöcherte Substanz in unregelmäßiger Weise Weise mehrfach unterbrochen. Die Epiphysenlinie steht direkt vertikal, statt horizontal. Die Knochenkerne der Gelenkköpfe sind unregelmäßig entwickelt. Die Abstände zwischen den knöchernen Bestandteilen der Pfannendächer und den knöchernen Kernen der Gelenkköpfe erschienen auffallend groß, es waren also beiderseitig hochgradige Veränderungen am oberen Oberschenkelende im Sinne der Coxa-vara-Bildung vorhanden.

Die Pat. zeigte starke lordotische Einsenkung der Lendenwirbelsäule. Von vorn und hinten gesehen, bestand eine leichte Verbiegung beider Beine im Sinne der O-Beinbildung. Der Gang war ausgesprochen watschelnd.

Direkt unterhalb beider Hüftgelenke wurde eine schräge Osteotomie von oben außen nach unten innen vorgenommen. Die Durchmeißelungslinie lag in dem Gebiet zwischen großem und kleinem Rollhügel. Um ein Abrutschen des unteren Fragmentes nach innen zu vermeiden, lief die Durchmeißelungslinie ziemlich schief. Nach der Osteotomie wurden die Adduktoren subkutan tenotomiert, hierauf wurde das Bein maschinell extendiert und in möglichst starker Abduktion (ca. 80° betragend) eingegipst. Die Zeit zwischen der Operation des einen Beins und der des anderen betrug ca. 10 Wochen. Nach der Abnahme des Gipsverbandes wurde das Bein jedesmal sich selbst überlassen und kehrte spontan in die Adduktionslage zurück.

Jetzt nach 5 Jahren ist das Kind, äußerlich betrachtet, vollständig normal. Der Gang erfolgt ohne die leiseste Andeutung von Hinken oder Watscheln. Die Beine sind von vorn und hinten betrachtet gerade, können beliebig bis zur Grenze des Normalen abduziert werden. Die Beweglichkeit der Hüftgelenke ist vollständig frei. Die Einsenkung der Lendenwirbelsäule ist verschwunden. Das Profil des Rückens ein durchaus normales.

Der Röntgenbefund an den früher so stark veränderten Schenkelhälsen hat sich wesentlich geändert. Die unverknöcherten Unterbrechungen derselben sind vollständig verschwunden. Die Epiphysenlinien stehen horizontal, statt vertikal, der Winkel zwischen Hals und Schaft des Oberschenkels ist dem Normalen vollständig nahekommend bzw. gleich. Die Köpfe stehen in engem Kontakt mit den Pfannenböden. Klinisch gesprochen ist das Kind, das nie über irgendwelche Beschwerden in seinen Hüften geklagt hat, vollständig geheilt.

Vom anatomischen Gesichtspunkte aus dürfte nach dem Röntgenbild zugegeben werden müssen, daß auf der einen Seite annähernd vollständig normale Verhältnisse geschaffen sind, auf der anderen Seite ebenfalls eine ganz ungeahnte Besserung der Verhältnisse eingetreten ist. Jedenfalls glaubt M., daß auch ein guter Kenner von Röntgenbildern bei Betrachtung der letzten Aufnahmen nicht vermuten kann, daß 5 Jahre früher so schwere Abweichungen vom Normalen vorgelegen haben.

Bewunderungswürdig erscheint die Transformationskraft des Knochens, welche die durch die Osteotomie abduzierten Schenkelhälse in ausgezeichneter Weise verändert hat. Grätzer.

E. Feer, Die Bronchiolitis und die Bronchopneumonie der kleinen Kinder. (Medizin. Klinik 1912. Nr. 16.) Aus diesem „klinischen Vortrage“ seien folgende therapeutischen Angaben wiedergegeben.

Von direkten therapeutischen Maßnahmen verdient die Hydrotherapie den Vorzug.

In leichten Fällen genügt es, zweimal täglich ein warmes Bad (33° C) zu geben, wobei man Arme und Beine kräftig frottiert. Die Wirkung ist beruhigend und schlafbringend. Meist aber und immer in schwereren Fällen, sowohl bei Bronchiolitis als bei Bronchopneumonie, bevorzuge ich seit vielen Jahren die heißen Bäder. Vergleichende Beobachtungen haben F. oft gezeigt, daß laue und kühle Bäder hier ungenügend oder ungünstig wirken, am deutlichsten bei zarten Säuglingen, wo die Extremitäten im Bade kalt und zyanotisch werden. Man legt das Kind in ein Bad von 37° C und erhöht durch Zugießen von heißem Wasser die Temperatur rasch auf 40—41° C. Unter beständigem Reiben der Glieder läßt man das Kind 6 bis 10 Minuten im Bade. Die Wirkung ist meist augenscheinlich günstig

und stimulierend. Der Husten läßt nach und wird lockerer, die Zyanose und Kälte der Extremitäten verschwinden, der Puls wird kräftiger. Die Aftertemperatur steigt für kurze Zeit um $^1/_2$—1°, was auch in fieberhaften Fällen keinen Nachteil bringt. Das Kind verfällt nach dem Bad in einen ruhigen Schlummer und nimmt nachher besser Nahrung. Rasselgeräusche und Infiltration gehen zurück.

Durch das heiße Bad wird das Blut von den inneren Organen, speziell von den Lungen nach der Peripherie und den Extremitäten geleitet, wodurch eine Entlastung des Lungenkreislaufs eintritt. Selbst bei hochfieberhafter Temperatur bringt das heiße Bad Nutzen. Hier begnügt man sich mit einer Dauer von 3—5 Minuten, bedeckt den Kopf mit einer naßkalten Kompresse oder wäscht ihn fleißig mit kaltem Schwamme. Nach dem Bade wäscht man den ganzen Körper rasch mit naßkaltem Schwamme ab und reibt gut nach mit trocknem Tuch. In den Fällen, wo die Respiration ungenügend ist, wo die Expektoration stockt, schickt man dem heißen Bade einen kalten Nackenguß nach. In Zeitintervallen von 20—30 Sekunden gießt man aus einer Gießkanne oder einem Wasserkruge einen Schuß kalten Wassers über den Nacken des Kindes, indem man es aus dem Bad emporhebt, und wiederholt dies zwei- bis dreimal. Durch diese Shockwirkung werden kräftige Inspirationen und Schreien ausgelöst. Bei sehr elenden Kindern muß man von den kalten Übergießungen Abstand nehmen, da sie zu Kollaps führen können. In allen Fällen tut man gut, dem Bade ein Analepticum vorauszuschicken.

Ähnlich wie das heiße Bad, aber viel intensiver wirkt die Senfwicklung nach Heubner. Dieselbe hat gegenüber den früher beliebten Senfbädern den großen Vorteil, ungleich kräftiger zu wirken und die Respirationsschleimhaut gar nicht zu reizen.

Man verrührt zwei Handvoll (zirka 300 g) frisches Senfmehl in 1 l warmem (40° C) Wasser (nicht heiß!) und wartet, bis sich die stechenden Senföldämpfe entwickeln. Nun wird ein Tuch, groß genug, um das ganze Kind zu umhüllen, in diesen Senfbrei eingetaucht, damit tüchtig imprägniert und auf eine etwas größere wollene Decke ausgebreitet. Das entkleidete Kind wird nun mit Ausnahme von Kopf und Hals in das Senftuch geschlagen, die wollene Decke darüber gewickelt. Das Aufsteigen von Senföldämpfen gegen die Nase wird durch ein weiteres kleines Decktuch am Halse verhindert. Das Kind bleibt in dieser Senfpackung so lange, bis starke Hautrötung und Unruhe die gewünschte Wirkung anzeigen (je nach der Reaktion der Haut 15—20 Minuten). Das ausgewickelte Kind, das oft rot ist „wie ein Krebs", wird nun im lauen Bade gereinigt und kommt bei ordentlichem Kältezustande noch in einen warmen Wickel für 1—2 Stunden. Nachher laues Bad und eventuell kalte Übergießung; Vermeidung anderer Prozeduren in den nächsten 24 Stunden.

Eine solche Senfwicklung, die nach je 24 Stunden noch ein- bis zweimal wiederholt werden kann, wirkt oft ganz ausgezeichnet in frischen Fällen von Bronchiolitis, hauptsächlich wohl durch Ableitung des Bluts aus den strotzend gefüllten Lungen nach der Peripherie, so daß man bisweilen den Eindruck erhält, daß die Krankheit dadurch

kupiert wurde. Die Senfpackung verlangt noch einen ordentlichen Kräftezustand, da sonst die Kinder dabei leicht kollabieren. Individuen mit zarter, blutreicher Haut reagieren mit starker Hautrötung, anämische und schwache Kinder wenig. Bei spasmophilen und ekzematösen Kinder sieht man besser von dieser Prozedur ab.

Auch bei beginnender Bronchopneumonie wirkt die Senfwicklung manchmal günstig. Ist nach zwei, höchstens drei regelrechten Senfpackungen (die Hautrötung dauert oft 24 Stunden und länger) keine Besserung erzielt, so ist man auf die heißen Bäder (ein- bis zweimal täglich) angewiesen oder auf die Einwicklung in warme nasse Tücher. Damit die Tücher noch mindestens körperwarm auf die Haut gelangen, müssen sie in heißes Wasser getaucht werden. Die warmen Wickel macht man mehrmals hintereinander in stündlichem Wechsel, wenn dabei keine unangenehme Wärmestauung eintritt. Bei beträchtlichem Fieber soll man sie darum höchstens 2 Stunden hintereinander machen. Vor Erneuerung des Wickels und nach Beendigung desselben wäscht man die Haut rasch mit naßkaltem Schwamme. Jede Schnürung von Brust und Bauch muß sorgfältig vermieden werden, so daß man Wickel bei sehr jungen und elenden Säuglingen im ganzen besser unterläßt. Besonders günstig scheinen mir heiße Brustwickel bei schleppenden Bronchopneumonien zu wirken; bei den fieberlosen Formen schiebe man zwischen dem nassen Tuch und dem trocknen Decktuche noch eine Schicht wasserdichten Stoffes (z. B. Billrothbattist) ein.

Von Medikamenten kommen Expektorantien wenig in Betracht, die bei Säuglingen leicht die Verdauungsorgane schädigen und dann weggelassen werden müssen. Nur bei reichlicher Schleimansammlung und stockendem Husten reiche man ein solches Mittel, z. B. Liquor Ammon. anisat., Extract. fluid. Senegae āā 10,0; dreimal täglich 10 Tropfen in Zuckerwasser für Säuglinge, später dreimal 15 bis 20 Tropfen. Im allgemeinen ist Befeuchtung der Luft in der Heizperiode (Bronchitiskessel) genügend, um die Expektoration zu erleichtern.

Narkotika sind selten am Platze und dürfen nur da gegeben werden, wo quälender Hustenreiz vorliegt und keine stärkere Schleimansammlung vorhanden ist. Empfehlenswert ist dann Codein. phosphor. (0,1 : 100,0 zwei- bis viermal täglich 5 g bei älteren Säuglingen).

Viel häufiger sind Herz- und Vasomotorenmittel angezeigt, die man in allen ernsten Fällen nicht entbehren kann. Am schätzenswertesten erscheint mir hier das Coffein: Coffein. natrobenzoicum 0,5 : 100,0; bei Säuglingen drei- bis fünfmal täglich 5 g, im zweiten bis vierten Jahre drei- bis fünfmal 10 g. Das Mittel wird vom Magen sehr gut toleriert. Bei Verschlimmerung gibt man daneben noch Kampher, je nach Bedarf, zwei- bis sechsmal täglich eine Spritze Kampheröl subkutan. Auch vor jeder hydropathischen Prozedur (Bad, Senfwickel) gebe man von diesen Mitteln in schweren Fällen.

Wo stärkere Zyanose sich geltend macht, können Sauerstoffinhalationen große Erleichterung und bei sehr ausgiebiger Anwendung (teuer!) auch Nutzen bringen. Am besten wirken sie bei Bronchio-

litis, wo die Lungenalveolen noch frei sind, die Luft aber wegen der ausgedehnten Stenose der Bronchiolen nicht mehr genügenden Zutritt erhält.

Eine besondere Behandlung erfordert die asthmatische Bronchitis, die oft die gewöhnliche Bronchiolitis vortäuscht. Hier gibt Atropin häufig ausgezeichnete Resultate, am besten bei subkutaner Anwendung. Bei Säuglingen gibt man ein- bis zweimal täglich $^1/_{10}$ mg. Bei ungenügender Wirkung kann man die Dosis verstärken, wenn keine starke Rötung des Gesichts eingetreten ist. Auch Jodkali wirkt manchmal gut (Kal. jodat. 1,0 : 75,0, fünfmal täglich 5 g für Säuglinge, im zweiten bis vierten Jahre 0,5—0,7 pro die) und führt den trocknen giemenden Katarrh in einen feuchten über. Das Mittel soll nicht länger als 3 Tage gegeben werden. Sofern exsudative Diathese im Spiel ist, muß sowohl im Anfall wie späterhin die Nahrung geregelt werden (knapp, milcharm, vorwiegend vegetabilisch). Das Gleiche gilt für die Fälle gewöhnlicher Bronchitis und Bronchopneumonie, wo sich exsudative Diathese nachweisen läßt, deren systematische Bekämpfung auch die Disposition zu Respirationskrankheiten beschränkt.

Oft ist Rachitis im Spiel und verhindert die Heilung der Bronchitis und Bronchopneumonie. In solchen Fällen gibt man im fieberlosen oder nur leicht fieberhaften Stadium neben der richtigen Nahrung Phosphorlebertran (0,01 : 100,0 einmal täglich 5 g). Bei schleppendem oder chronischem Verlaufe wirken vielleicht Kreosotpräparate nützlich, z. B. Guajacol. carbon., zweimal täglich 0,05—0,1, das leicht genommen wird und die Verdauung eher günstig beeinflußt.

In der Rekonvaleszenz ist möglichst reichlicher Luftgenuß im Freien zu empfehlen, auch Sonnenbäder, bei Wohlhabenden längerer Aufenthalt in waldreicher Gegend, am Meer oder im Gebirge.

Grätzer.

Colombo, Das Gonokokkenserum in der Therapie der Gonoblennorrhoe der Bindehaut bei Neugeborenen und seine Wirkungsweise. (Aus der Univers.-Augenkl. Parma.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1912. April-Heft.) C. behandelte acht Fälle schwerer und typischer Blennorrhoe, die in den ersten Tagen nach der Geburt aufgetreten war, außerdem ein 12 jähriges Mädchen. Die Behandlung bestand in täglich zweimaliger Ausspülung mit Sublimat (1 : 5000), Pinselung der Bindehaut mit Silbernitratlösung (1—2 $^0/_0$) und nachfolgender Neutralisation mit Kochsalzlösung. Nach Absaugung der restierenden Flüssigkeit mit Watte wurde mehrmals Gonokokkenserum eingeträufelt, wobei man acht gab, daß soviel wie irgend möglich davon in den Bindehautsack hineingelange und darin verbleibe. — Erfolge gut.

Abgesehen von der geringen Anzahl der Fälle, die bei dem bekannten variablen Verlauf der Krankheit keine genügenden Schlußfolgerungen zulassen, fehlen vor allem Kontrollversuche. Der Rückfall bei dem einen Kinde, als die Therapie mit Silbernitrat allein (nach Aussetzen des Serums) fortgesetzt wurde, besagt nichts. Wenn C. das Weglassen des Silberpräparats für „zu gewagt" hält, so wird

ihm darin wohl kaum jemand recht geben. Ich muß gestehen, daß die Arbeit uns in der gestellten Frage nicht oder kaum vorwärts bringt. Sommers (Zittau).

A. Bauereisen (Kiel), Über Tentoriumrisse beim Neugeborenen. (Zentralbl. f. Gynäkologie 1911. Nr. 32.) Beschreibung zweier in der Kieler Frauenklinik (Stoeckel) beobachteten Fälle von intrameningealen Blutungen bei sonst gesunden Neugeborenen, die, durch Tentoriumrisse veranlaßt, bald nach der Geburt zum Tode der Kinder führten. Solche Einrisse im Tentorium cerebelli kommen bei operativen Entbindungen, besonders bei Zangenversuchen, sicher häufiger vor, sie werden nur selten erkannt, weil der übliche Modus der Gehirnsektion das Tentorium zerstört und die Verletzungen desselben übersehen läßt. Führt die intrameningeale Hämorrhagie nicht gleich zum Tode, so kann sie die Ursache für chronischen Hydrozephalus, Pachymeningitis, Paresen, eventuell Idiotie und Epilepsie werden. Wegscheider.

H. Vogt, Idiotia thymica. (Zeitschr. für die Erforsch. und Behandlung des jugendl. Schwachsinnes. Bd. 4.) Es besteht ein Zusammenhang zwischen Thymuspathologie und Hirnentwicklung; eine gesunde Entwicklung des Gehirns hängt von einer gesunden Existenz der Thymusdrüse ab. Letztere ist demnach ein ungemein wichtiges Organ im kindlichen Organismus. Sie ist von der größten Bedeutung für die Entfaltung, für das Wachstum, sie macht durch einen synthetischen Vorgang die beim Wachstum der Organe frei werdende Phosphorsäure und deren höhere Verbindungen, insbesondere die Nukleinsäure, unschädlich. Fehlt die Thymus, dann überschwemmt die Säure den Organismus; insbesondere am Knochen- und Nervensystem zeigen sich die schwersten Folgeerscheinungen. Wachstumstörung, Knochenentartung (Weichheit und Brüchigkeit des Knochens), pastöser Charakter der Haut, Schwachsinn, Kräfteverfall und Tod.

Die durch Thymusentartung oder Thymusausfall erzeugte Störung ist ein Krankheitsbild, das im wesentlichen Schwachsinn und Knochenveränderungen erkennen läßt, und es kann nach den mitgeteilten Untersuchungen nicht zweifelhaft sein, daß eine Idiotia thymica („Schwachsinn durch Thymuserkrankung“) auch beim Menschen sich findet, daß diese Krankheitsformen in ihren weniger ausgeprägten Fällen in dem großen Sammelbegriff der Idiotie heute noch untergehen und daß sie in den deutlichen Fällen wohl manchen jener Zustände umfassen, die wir als Schwachsinn mit Skelettveränderung aufgezählt finden. Kurt Mendel.

v. Sury, Die spontane Darmruptur beim Neugeborenen. (Vierteljahrschr. f. gerichtl. Medizin 1912. Bd. 43. II. Suppl.-Heft 91.) (Vortrag auf der VII. Tagung der Deutschen Gesellschaft f. gerichtl. Medizin, Karlsruhe, 23.—26. Sept. 1911.) Es handelte sich um ein Kind, das mit einer Anschwellung des Hodensackes geboren wurde, dann im Laufe des Tages heftig schrie. Die Hebamme verabfolgte ein Klistier, worauf Meconium entleert wurde. In der Nacht fing das Kind schwer an zu atmen, war sehr unruhig und starb 24 Stunden

post partum. Die Sektion ergab in der Hauptsache folgenden Befund: Bauch vorgetrieben. Gegend beider Leisten sowie Scrotum geschwollen, ödematös, von einer blutigen, mißfarbenen Flüssigkeit durchtränkt, der eine gallige, breiige Masse beigemengt ist. In der freien Bauchhöhle etwas breiiges, gallig verfärbtes Kindspech. Darmschlingen gedunsen. Gekröse des S. romanum sowie deren Serosaübergang und der des Mastdarmes von frischen, dunkelschwarzroten, streifigen, geronnenen Blutaustritten eingenommen. An der Vorderseite des Mastdarmes, dicht unterhalb des Überganges in das S. romanum, eine scharfrandige, längsgestellte, schlitzförmige, alle Schichten betreffende Kontunitätstrennung. In der Umgebung der Wunde zahlreiche punktförmige und strahlenförmige Blutungen. Beide Leistenkanäle offen, im rechten Scrotum breiige, mit Gasblasen durchsetzte Meconiummassen.

S. deutet den Befund dahin, daß die Darmruptur bereits vor der Ausstoßung der Frucht erfolgt ist, und zwar infolge der starken Darmfüllung im Verein mit einer lokalisierten oder allgemeinen Minderwertigkeit der Darmwand.

Es wird nicht jeder Leser dieser Erklärung ohne weiteres beipflichten. Nothmann (Berlin-Wilmersdorf).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

R. Pollak, Erythema nodosum und Tuberkulose. (Aus der Kinderabteilung der Allgem. Poliklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschr. 1912. Nr. 32.) Die Tuberkulinprüfung von Kindern mit Erythema nodosum ergab folgendes Resultat: Es reagierten ohne Ausnahme alle Kinder mit Erythema nodosum auf Tuberkulin positiv (100% positiver Tuberkulinreaktion), und zwar in der Majorität der Fälle in einem Alter, wo die Tuberkulosehäufigkeit noch eine geringe ist.

Von den 48 Kindern mit Erythema nodosum standen 28 (58,3%) im Alter von 2—6 Jahren, das ist in einem Alter, in dem die durch die Stichreaktion gewonnene Tuberkulosehäufigkeit 9, beziehungsweise 27 bis höchstens 52% beträgt, während die übrigen 20 (41,7%) in einem Alter standen, in dem die Tuberkulosehäufigkeit an sich schon hohe Werte (71—94%) zeigt.

Weiter ließ sich konstatieren, daß die Kinder mit Erythema nodosum eine außerordentlich hohe Tuberkulinempfindlichkeit aufweisen. Sämtliche Kinder reagierten auf die v. Pirquetsche Impfung intensiv. Blasenbildung ist recht häufig, und in einigen Fällen wurde zu Exulzeration führende Reaktion, wie sie sonst nur bei Skrofulose vorzukommen pflegt, beobachtet. Bemerkenswert ist auch das gelegentliche Vorkommnis, daß die Reaktionspapel dem Erythemknoten vollkommen gleicht. Chauffard und Troisier sahen ein analoges Verhalten bei der Intradermoreaktion in einem Falle von Erythema

nodosum und sprachen dasselbe als experimentelles Erythema nodosum an. Jedenfalls war in jedem Falle gleich die kutane Applikation von positivem Ergebnis und mußte in keinem Falle die Injektion von größeren Dosen herangezogen werden.

In einem Falle sank mit dem Abklingen des Erythems die Tuberkulinempfindlichkeit stark herab, um nachher wieder zu steigen. Dieses Verhalten ist aber sicher ein seltenes, die anderen fortlaufend mittels Kutanimpfung geprüften Fälle zeigten ein stets fast gleich intensives Verhalten.

Die Kontrollimpfungen mit Glyzerinbouillon im Konzentrationsverhältnis wie im Alttuberkulin, fielen immer negativ aus.

Ferner wurden in fast allen Fällen nach Wochen und Monaten neuerliche Tuberkulinprüfungen vorgenommen; sie fielen sämtlich wieder positiv aus.

Es läßt sich also in Anbetracht der genügend großen Anzahl der beobachteten Fälle die Behauptung aufstellen, daß das Erythema nodosum im Kindesalter nur bei tuberkuloseinfizierten Individuen vorkommt.

Nach all dem steht für den Schluß der Beweiskette, daß das Erythema nodosum mit der Tuberkulose in dem innigsten Zusammenhang steht, daß das Erythema nodosum eine tuberkulöse Hautaffektion ist, nur der bazilläre Nachweis aus.

Die Versuche erstrecken sich auf drei Fälle mit fünf Impfungen (in zwei Fällen je 5 ccm Blut und je ein exzidierter Knoten, in einem Falle nur der exzidierte Knoten).

Sämtliche Versuche führten zu negativem Ergebnis.

Das gleiche Schicksal haben aber auch andere, jetzt sichergestellte, tuberkulöse Hautaffektionen noch zu einer Zeit gehabt, wo ihre tuberkulöse Natur trotz Fehlens des Bazillennachweises bereits allgemein akzeptiert wurde. Abgesehen davon, daß der positive Ausfall der Impfung nur in einem Teile der Fälle überhaupt gelingt, von dem mikroskopischen Nachweis ganz zu schweigen.

Was die Histologie des Erythema nodosum anlangt, so kann man nur sagen, daß Befunde, welche mit Sicherheit für die tuberkulöse Natur sprechen, nicht vorliegen. So spricht Jarisch nur von der entzündlichen Natur des Prozesses. Philippson hat allerdings Riesenzellen gefunden, doch hat man nach Jadassohn, welcher diese Befunde bestätigt, nicht das Recht, daraus auf Tuberkulose zu schließen.

Trotzdem aber, glaubt P., erscheint es in Hinblick auf das Verhalten gegenüber dem Tuberkulin wohl sehr wahrscheinlich, daß das Erythema nodosum, das jedenfalls (im Kindesalter) ausschließlich bei tuberkulösen Individuen vorkommt, auch tatsächlich eine tuberkulöse Hautaffektion ist, wofür allerdings noch der strikte Beweis zu erbringen ist; anderseits müßte man sich vorstellen, daß das Erythema nodosum einem Erreger seine Entstehung verdankt, der nur im tuberkulösen Organismus imstande ist, seine Wirkung zu entfalten. Die letztere Annahme scheint mir nach dem vorstehenden jedenfalls die gewalttätigere.

Grätzer.

A. Soucek (Wien), Masernrezidiv, Keuchhustenrezidiv und Parotitis mit Meningitissymptomen. (Wien. med. Wochenschrift 1912. Nr. 31.) Ende des Jahres 1911 hatte S. die Gelegenheit, ein dreimaliges Erkranken an Masern bei einem und demselben Kinde zu sehen.

Am 27. September 1911 wurde er zu einer Familie gerufen, bei der er etwa 6 Jahre hindurch Hausarzt ist, so daß er in diesem Zeitraume alle in der Familie vorgekommenen Krankheiten gesehen und behandelt hat. Er fand an diesem Tage den siebenjährigen Franz E. mit heftiger Conjunctivitis, Rhinitis, Koplik und Laryngitis und den ersten Masernflecken im Gesichte. An der Diagnose Morbillen war nicht zu zweifeln, wie der weitere Verlauf und die bald darauf eintretende Masernerkrankung des jüngsten Bruders auch noch zeigten.

Der kranke Knabe Franz hatte aber bereits schon zweimal Masern durchgemacht, die S. selbst beobachtet hatte, und zwar im Alter von etwa 2 Jahren, wo er im Anschlusse an den Aufenthalt in einer maseruverseuchten Diphtheriestation an diesem Leiden erkrankt war, und das zweitemal im Alter von etwa 4 Jahren gleichzeitig mit mehreren Geschwistern, wo er gleichfalls in seiner Behandlung stand.

Es waren also in Zwischenräumen von 2 bzw. 3 Jahren bei einem und demselben Individuum Masern aufgetreten.

Während nun die Masern wohl recht selten Rezidive geben, finden wir dies bei anderen Krankheiten viel häufiger z. B. bei Erysipel, Angina follicularis u. a. Zwischen den Krankheiten mit sehr seltenen Rezidiven und denen mit häufigeren möchte S. die Pertussis einreihen. So hat S. auch im Dezember 1911 bei der Pertussiserkrankung zweier Kinder deren Mutter daran erkranken gesehen, die erzählte, schon einmal als Kind daran gelitten zu haben. Obwohl S. die Ersterkrankung der Mutter nicht beobachtet hat, glaubt er bei einer Krankheit mit so unangenehmen und auch längere Zeit anhaltenden Erscheinungen ziemlich sicher eine Täuschung der intelligenten Mutter ausschließen zu können.

Zum Schlusse berichtet S. von einem Falle einer Parotitis epidemica, der infolge seiner Begleitsymptome interessant war.

Am 25. Januar 1912 zum 6jährigen Josef H. gerufen, fand S. den seit 24 Stunden erkrankten Knaben im Fieber liegen. Es bestand eine rechtsseitige Parotitis; auffallend waren die teilweise Benommenheit, heftiger Kopfschmerz, Nackensteifigkeit, Kernig, Trousseau, Pulsarhythmie, Symptome, die zur Diagnose Meningitis berechtigten. An Herz, Lungen und im Abdomen war nichts Pathologisches zu finden. Bis 30. Januar bestanden Aufschreien, Unruhe, hartnäckige Obstipation und Nahrungsverweigerung. Diese subjektiven Erscheinungen schwanden langsam, mit ihnen auch die Nackensteifigkeit. Am längsten war das Kernigsche Phänomen nachweisbar, es schwand erst nach 3 Wochen. Bald darauf erkrankte auch der 3jährige Bruder an beiderseitiger Parotitis epidemica.

Man hat es hier mit einem Mumps zu tun, bei dem gleichzeitig schwere meningitische Symptome auftraten, eine Komplikation, wie sie von französischen Autoren beschrieben wurde. Grätzer.

E. Ludwig, Zur Lehre der allgemeinen angeborenen Wassersucht. (Hydrops universalis neonati mit komplizierender kongenitaler Mitralstenose. (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Basel.) (Korresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte 1912. Nr. 25.) Faßt man die klinischen und anatomischen Daten zusammen, so hatte man bei einer im übrigen gesunden Gravida allgemeine Ödeme vor sich, die nach der Geburt unter starker

Vermehrung der Harnmenge schwanden, bei der Frucht ebenfalls universellen Hydrops und eine hochgradige Mitralstenose wohl mit Insuffizienz auf Grund einer längst ausgeheilten Endokarditis, im übrigen ziemlich normale Verhältnisse abgesehen vom Befunde des Bacterium coli im Blut und in den Organen. Will man nun über die Pathogenese der kindlichen Erkrankung Klarheit haben, so muß man nach der Ursache der allgemeinen Ödeme fragen, ob sie nämlich entstanden sind durch das Vitium des Kindes oder durch fötale Nephritis oder durch eine Nephritis der Mutter, oder ob wir eine primäre Erkrankung des hämatopoëtischen Systems, vielleicht im Sinne Schriddes annehmen sollen.

Der auffallendste Befund an den Organen des hydropischen Fötus war entschieden der schwere Mitralfehler, aber es ist leicht, mit Sicherheit auszuschließen, daß dieser der Grund der allgemeinen Ödeme war. Der Befund stimmte nicht zu einer chronischen Stauung, wie sie doch hätte bestehen müssen, wären die Ödeme kardialen Ursprungs gewesen. Sah man doch weder in den Lungen noch in den großen Drüsen der Bauchhöhle Zeichen von Stauung oder gar von zyanotischer Induration, wie sie bei kongenitalen Vitien mehrfach beschrieben worden sind. Und an Hand des Herzbefundes allein läßt sich einsehen, warum die Mitralstenose ohne Schädigung des Kreislaufes so lange hatte bestehen können. Durch die Verengerung des Ostium venosum sinistrum wurde der Druck im linken Vorhof gesteigert. Die direkte Folge davon war ein frühzeitiger Verschluß des Foramen ovale. Dadurch wurde die Blutmenge, die das linke Herz zu bewältigen hatte, ganz wesentlich vermindert, denn von da an floß nur noch das geringe Blutquantum, das im embryonalen Leben die atelektatischen Lungen durchströmt, durch das verengte Mitralostium. Was aber die Hohlvenen dem rechten Vorhofe zuführten, nahm seinen Weg durch die Lungenarterie und den Ductus Botalli in die Aorta. Auf diese Weise konnte es möglich gemacht werden, daß das linke Herz wesentlich entlastet wurde und trotz der Mitralstenose arbeitete, ohne daß es zu einer Rückwirkung auf den kleinen und großen Kreislauf kam. Die einzige sichtbare Folge des Hindernisses blieb somit der Verschluß des Foramen ovale, der als eine für das Leben der Frucht hochwichtige Kompensation aufzufassen ist, sowie die Erweiterung des linken Vorhofes. Von kardialen Ödemen kann demnach nicht die Rede sein.

Auch eine fötale Nephritis kann man ablehnen, weil keine Anhaltspunkte dafür vorlagen. Ob diese Erkrankung übrigens in den Fällen von Sitzenfrey und Liewen, die ebenfalls das Bild hochgradiger allgemeiner Ödeme darboten, und in denen die Nieren Epitheldesquamationen, interstitielle Blutungen und Lymphozyteninfiltrate aufgewiesen hatten, bestand, ist von W. Fischer mit Recht angezweifelt worden. Denn Blutungen in die Nieren totgeborener Kinder können Stauungsblutungen sein, die im Stadium der Asphyxie auftreten, lymphozytäre Infiltrate sind ein Befund, der in Nieren Neugeborener ab und zu erhoben wird und der bekanntlich, wenn er hochgradig ist, mit gewissen Einschränkungen für die Diagnose Syphilis verwendet werden kann, aber nicht für Nephritis in gewöhn-

lichem Sinn. Auch die Degenerationen im Epithel der Tubuli dürfen nicht als Zeichen einer Nephritis angesehen werden, selbst dann nicht, wenn, wie in diesem Falle, Verfettung festgestellt worden ist, solange der Nachweis noch anderer Veränderungen nicht erbracht ist.

Was endlich die Annahme einer Blutkrankheit betrifft, so glaubt L., daß sie hier nicht gemacht werden darf. Denn der unmittelbare Eindruck bei der Sektion ließ nicht an eine Verminderung der Blutmenge oder des Hämoglobins denken. In den zahlreichen Ausstrichen des Blutes, die durchgesehen wurden, waren keine pathologischen Befunde zu erheben. Weil das Leichenblut keine sicheren Schlüsse erlaubt, wurde auf eine Zählung der verschiedenen Zellen verzichtet. So viel aber darf als festgestellt gelten, daß die kernhaltigen Elemente nicht wesentlich vermehrt waren, daß ihre Großzahl aus Erythroblasten bestand und daß pathologische Formen nicht vorliegen. Das Gleiche war auch an den Schnittpräparaten der Organe erkennbar. Zeichen von reichlichem Zerfall der Erythrozyten oder von gesteigerter Blutbildung waren nicht erkennbar. Die Zahl der Blutbildungsherde in der Leber überstieg die Norm nicht oder kaum, von einer myeloiden Milz war keine Rede, und die Niere war an der Hämatopoëse nicht beteiligt. Andererseits waren Leber, Milz und Nieren frei von Pigmentablagerungen, die ja beim Untergang zahlreicher roter Blutkörperchen nie fehlen.

Das Bacterium coli im Blut und in den Organen kann nur als nebensächlich aufgefaßt werden, trotzdem der Körper der Neugeborenen in der Regel steril zu sein pflegt. Die Autopsie hat keinen Befund ergeben, der mit den wenigen beschriebenen Fällen einer Kolisepsis beim Neugeborenen übereinstimmt, zudem ist diese Erkrankung noch nie intrauterin beobachtet worden. Vielleicht ist nicht mit aller Sicherheit auszuschließen, daß die Endokarditis einst durch diesen Bazillus erregt worden war, und daß er sich nach ihrer Ausheilung erhalten hatte, aber viel Wahrscheinlichkeit hat diese Hypothese nicht, trotzdem es feststeht, daß dieser Organismus die Plazenta passieren kann. Am ehesten ist wohl in der langen Frist zwischen Blasensprung und Geburt das Fruchtwasser mit Coli infiziert worden, wie das erfahrungsgemäß bisweilen vorkommt. Mit dem Fruchtwasser, das vom Fötus verschluckt wurde, gelangten die Organismen in dessen Darm und hatten nach dem Tode reichlich Zeit, sich zu vermehren und auszuwandern. Unter den gleichen Bedingungen ist der Befund des Bacterium coli ein bekannter und mehrfach bestätigter. Volle Klarheit hätte der Agglutinationsversuch mit dem gezüchteten Stamme und dem Blutserum des Kindes gebracht, leider wurde er nicht ausgeführt.

Nach allem hatte man es mit einem Fall von kongenitalem Hydrops zu tun, bei dem uns keine anatomisch nachweisbare Veränderung das Verständnis der Ätiologie vermittelt. Man kann nur feststellen, daß irgend eine Beziehung zwischen den Ödemen der Mutter und denen der Frucht bestehen muß, aber nicht einmal sagen, ob hier oder dort die primäre Schädigung zu suchen ist. Bei der Mutter eine Nephritis anzunehmen, ist man nicht berechtigt, ebensowenig eine sogenannte Schwangerschaftsniere, weil weder Eiweiß

noch Formelemente trotz mehrfacher Untersuchung im Urin nachgewiesen wurden. Kardiale Ödeme waren bei der Mutter mit Sicherheit auszuschließen, weil die Ödeme post partum so rasch und vollständig schwanden. Man muß sich unter der Erkrankung eine wohl durch die Gravidität bedingte, im weitesten Sinne toxische Schädigung denken, die sicher bei der Mutter, vielleicht auch beim Fötus zu Wasserretention führte, durch eine funktionelle Alteration der Nieren und nach Abort oder Frühgeburt bei der Mutter in der Regel völlig zurückzugehen pflegt. Dabei ist es sehr wohl denkbar, daß die Frucht durch ihre Existenz, durch ihren Stoffwechsel, die Erkrankung des mütterlichen Organismus hervorruft, selbst aber nur sekundär, sozusagen passiv, von den Ödemen befallen wird. Grätzer.

Ardin-Delteil, Raynaud, Max Coudray, Status meningeus den Beginn eines Typhus markierend (Meningotyphus ohne meningeale Infektion). (La Province médicale 1911. Nr. 35.) Mehrfache Mitteilungen aus jüngster Zeit an die Pariser Soc. méd. des hôp. haben die Aufmerksamkeit auf eine besondere Art des Beginnes des Typhus gelenkt, auf den Meningotyphus. Es handelt sich hierbei um meningitische Zustände wechselnder Intensität, die ganz plötzlich als erste Symptome eines Typhus einsetzen, dessen gewöhnliche Symptomatologie sie für eine Zeit verwischen. Nach den letzten Arbeiten von Sacquépée soll dieser meningeale Beginn des Typhus exzeptionell sein und einen schweren Typhus ankündigen, bei dem der Eberthsche Bazillus häufig mit einem infektiösen Agens sich verbände, das eine besondere Affinität für die Meningen zeigt (Streptokokkus, Enterokokkus, Pneumokokkus). Nach diesem Autor hätte man zwei Varietäten des Meningotyphus zu unterscheiden, je nachdem eine Infektion der Meningen vorhanden ist oder nicht. Im ersten Fall ist es ein „symptomatischer Meningotyphus einer infektiösen Meningitis"; im zweiten Fall ein „typhöser Status meningeus".

Bei einer kleinen Epidemie von Kindertyphus, unter 50 Fällen in 6 Monaten, hatten die Autoren Gelegenheit, einer dieser, den Beginn eines Typhus markierenden „états méningés" zu verfolgen. Der Fall gehört zu den spärlichen Beobachtungen, wo die Lumbalpunktion gemacht wurde, er zeigt auch sonst noch einige bemerkenswerte Punkte.

Am 30. Januar 1911 kam ein 9 jähriger Ziegenhirt im Zivilhospital von Mustapha zur Aufnahme. Man findet ihn in hohem Fieber, Prostration und chien de fusil-Bettlage. Er klagt ständig über den Kopf und stößt durchdringende Schreie aus; er hat die ganze Nacht deliriert. Morgens hatte er eine leichte Epistaxis. Er zeigt ein ziemlich vollständiges meningitisches Bild: Nackenstarre, ausgesprochenes Kernigsches Zeichen, daß dem Kranken das Aufsitzen schwierig wird, deutliche Rachialgie. Die Reflexe sind an den oberen wie unteren Gliedmaßen gesteigert; der Plantarreflex in Extension. Die kontralateralen Reflexe von Brudzinski sind leicht hervorzurufen. Sie bestehen in: 1. einem identischen Kontralateral-Reflex. — Beugt man, bei unbeweglicher Rückenlage, aneinander liegenden Beinen, den Unterschenkel gegen den Oberschenkel und

diesen gegen das Becken, so sieht man den Oberschenkel der anderen Seite in dem Augenblick, wo der Oberschenkel mit der Bauchwand in Berührung kommt, spontan die gleiche Bewegung ausführen und gegen das Becken sich beugen. 2. Reziproker Kontralateral-Reflex. — Beugt man in Rückenlage, bei gestrecktem einen Bein und gegen das Becken gebeugtem anderen Bein, ersteres gegen das Becken, so sieht man alsbald das gebeugte Bein spontan sich strecken. — Pupillenreflexe normal, keine Augenstörungen. — Hauthyperästhesie, Trousseausches Phänomen. — Leib weich, weder Meteorismus noch Retraktion, kein Gurren. Einige Roseolaflecke. — Puls 124, nicht dikrot. — Bronchitis. — Im Urin Spuren von Eiweiß. — Dieser Zustand sollte seit dem 22. bestehen. An diesem Tag soll der Knabe, während er seine Ziegen hütete, ganz plötzlich von heftigem Kopfschmerz, Rachialgie und Erbrechen befallen worden sein. Einige Tage danach hatte er eine leichte Epistaxis und hartnäckige Stuhlverhaltung soll sich eingestellt haben. Bis dahin war der robuste Knabe stets gesund, hatte keine Infektionskrankheiten usw. durchgemacht; keine Tuberkulose und keine nervösen Krankheiten in seinen hereditären Antezedentien. Angesichts des geschilderten Krankheitsbildes wird Meningotyphus angenommen und eine Lumbalpunktion gemacht. Spinalflüssigkeit: Geringe Hypertension, die Flüssigkeit wasserklar, erst im Strahl, dann in Tropfen sich entleerend ohne Sediment, ohne morphotische Bestandteile, steril. — Bäder von 30° und Cardiotonica. 31. I. Delirien die ganze Nacht, Kernig noch immer ganz ausgesprochen, der Nacken steif. Konstipation. Widal positiv, die Agglutination nach $^1/_2$ Stunde vollständig $^1/_{100}$. Keine Blutkultur. 1. II. Keine wesentliche Besserung, ständig Cephalea, Kernig, Babinski. Roseolaflecke; Insomnie. Temperatur 39,5, Puls 125. Stuhlverhaltung trotz Einläufen. 2. II. Die meningitischen Erscheinungen etwas geringer. Puls und Temperatur unverändert. 3. II. Die Besserung hält an, Kernig verschwunden. Nachts Schlaf. Puls und Temperatur wie vorher. 4. II. Deutliche Euphorie. Von da ab nimmt der Typhus einen gutartigen, klassischen Verlauf. Die nervösen Erscheinungen gänzlich verschwunden. 22. II. Geheilt entlassen. Bis zum Eintritt der Rekonvaleszenz anhaltende Konstipation und hohe Pulsfrequenz (96) bei normal gewordener Temperatur.

Diese Beobachtung zeigt sonach, bei demselben Kranken, die gleichzeitige Entwicklung zweier miteinander sich kombinierender Syndrome: a) ein ziemlich vollständiges meningeales Syndrom, charakterisiert durch heftige Cephalea, Erbrechen, Delir, Rachialgie, Nackenstarre, Kernigsches Zeichen, hartnäckige Stuhlverhaltung, Hypertension der Spinalflüssigkeit. Im Beginn im Vordergrund verschwindet dieses Syndrom nach 12 Tagen, nach der Lumbalpunktion und unter dem Einfluß der Balneotherapie; b) ein typhöses Syndrom, weniger markant, ziemlich „fruste" sogar, dessen deutlichste Elemente die Epistaxis und die Roseola sind. Ganz maskiert im Beginn durch die meningealen Erscheinungen, verlief es in der Folge allein, machte sich im übrigen stets wenig bemerkbar und blieb gutartig. — Angesichts dieses Symptomenbildes schien sich eine Diagnose aufzudrängen, die eines Meningotyphus. Eine Tatsache sprach für dieselbe;

das epidemische Auftreten. Die Widalsche Serodiagnose bestätigte sie alsbald. Die Untersuchung der unter erhöhtem Druck stehenden sterilen, keine leukozytäre Reaktion aufweisenden Spinalflüssigkeit zeigte, daß man sich einem Fall von Meningismus gegenüber befand, oder, wenn man dies vorzieht, einem Status typhosus meningeus.

In verschiedenen Punkten unterscheidet sich dieser Fall von den schon vorliegenden:

1. Durch die Gutartigkeit (siehe oben). In dieser Hinsicht reiht sich der Fall den von Achard und Paisseau (1911), Hirtz (1911) und Collet und Leuieur (1911) mitgeteilten an.

2. Durch das Fehlen einer bedeutenderen Nierenaffektion — gleich dem Fall von Achard und Paisseau und im Gegensatz zu den Kranken von Sacquépée.

3. Durch das Fehlen einer meningealen Infektion. Dies war ein „Meningotyphus ohne meningeale Infektion". Die Spinalflüssigkeit blieb steril und zeigte nicht die mindeste leukozytäre Reaktion; d. h. es handelt sich um einen Fall von reinem Meningismus, charakterisiert durch das Fehlen anatomischer Reaktionen (keine Leukozytose) und von Mikroorganismen (sterile Flüssigkeit). Die Deutung einer derartigen Dissoziation zwischen Symptomen und Läsionen ist ziemlich schwierig, und die pathogenetischen Erklärungen gehen stark auseinander. Sacquépée nimmt eine Vereinigung komplexer Bedingungen an: eine polymikrobielle Blutinfektion, in Verbindung mit Niereninsuffizienz und Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit, für welche ihm die Syphilis und der Hitzschlag eine bedeutungsvolle Rolle zu spielen scheinen. Lesieur beschuldigt die Toxiinfektion. Für ihn sind es die Typhustoxine, welche das Nervensystem angreifen und die meningealen Symptome zur Auslösung bringen.

Ohne die Frage in ihrer Gesamtheit entscheiden zu wollen, die Schlußfolgerung, die sich aus vorstehender Beobachtung herleiten läßt, spricht mit eher zu gunsten dieser letzteren pathogenetischen Interpretation, indem das beobachtete klinische Bild in direktem Verhältnis stand zur Toxinimprägnation der Nervenzellen, zu den vasomotorischen Störungen der Hirngefäße, zu den begleitenden sekretorischen, in Hyperproduktion von Spinalflüssigkeit und deren Ansammlung in den Subarachnoidalraum unter hohem Druck ausgehenden Störungen, ohne nachweisbare chemische oder histologische Veränderung dieser, in Beziehung auch, um dies nicht zu vergessen, zu den individuellen organischen Prädispositionen, die ihre Entstehung nehmen aus der Heredität und den hygienischen Bedingungen, unter denen das Individuum lebt. H. Netter (Pforzheim).

Baudouin, Sarkomatöser Tumor der Nieren mit Meningo-polio-encephalitis. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 1911. Juli.) Fall von Meningitis mit Polio-encephalitis bei einem 17jährigen von Tuberkulose, Syphilis und jeder anderen Infektion freien Knaben, bei dessen Autopsie ein Sarkom beider Nieren gefunden wurde. Auf Serienschnitten durch Bulbus und Protuberanz war eine ganz ausgesprochene Chromatolyse der Zellkörper mit Proliferation der Neurogliazellen

nachweisbar, Veränderungen, die nach B.s Ansicht auf die Wirkung toxischer, löslicher, aus dem sarkomatösen Nierentumor emanierender Produkte zurückzuführen sind. H. Netter (Pforzheim).

Louis Martin und **H. Darré**, Diphtherierezidiv nach Masern. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 1911. 10. März.) Die erste Erkrankung an Diphtherie wurde im Hospital des Enfants-Malades behandelt. 14 Tage nach der Entlassung bekam das zweijährige Kind Masern; diese, anfangs normal, wurden am dritten Tag des Exanthems durch Suffokationsgefahr kompliziert; man fand eine ausgedehnte pseudomembranöse Angina, es war Stridor vorhanden, der Allgemeinzustand schlecht. Dieser Rückfall trat 30 Tage nach der letzten Seruminjektion ein. Bei 20 ccm Serum an 3 Tagen hintereinander trat Heilung ein. Die Verff. studieren diese Diphtherierezidive; sie halten sie für selten; Masern begünstigen sie, bereiten den Boden für die Diphtherie; bekannt ist die Gefahr einer Verbindung von Masern und Diphtherie, bekannt auch die Empfehlung präventiver und von Zeit zu Zeit wiederholter Injektionen hoher Serumdosen zum Schutz der Masernkranken vor Diphtherie. Die Besorgnis vor anaphylaktischen Erscheinungen darf nicht abhalten, das Rezidiv wie eine primäre Diphtherie zu behandeln. Nur zweimal seit 1894 haben die Autoren unter einem großen Material Serumerscheinungen, während oder kurz nach der Injektion von Diphtherieserum und darum der Anaphylaxie zuzuschreiben, auftreten sehen. Nach einer Reinjektion sieht man in vielen Fällen eine Früh-Urticaria auftreten; gleichwohl kann man, wenn es der Zustand erfordert, ohne Zögern eine neue Serumdosis geben, und man wird, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, keine Komplikation erleben.

H. Netter (Pforzheim).

H. Cooper (Tolworth), Heilung eines Falles von allgemeiner eitriger Peritonitis. (Brit. Med.-Journal 1910. Nr. 21.) Bei einem 8jährigen Mädchen bestand 10 Tage dauerndes Fieber und leichte Bronchitis; am 4. Tage fand sich ein scharlachähnlicher Ausschlag, am 11. Tage freie Flüssigkeit im Abdomen, die für Aszites gehalten wurde. Bei der Punktion ergab sich Eiter, daher Laparotomie. Nach Entleerung von über 1 Liter ziemlich dicken, rahmigen, nicht stinkenden Eiters wurde die ganze Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung gründlich ausgewaschen und ausgiebig drainiert. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab Pneumokokken. 6 Wochen post operationen trat eine 10tägige blutige Oligurie ohne jede weitere klinische Erscheinung auf (Intoxikation? Ref.). 14 Tage später wird Patient geheilt entlassen. Wegscheider.

L. Garcia Andrade, Behandlung der choleriformen Kinderdiarrhöen. (La med. de los niños 1912. Nr. 6.) A. rühmt die Erfolge der Heim-Johnschen Lösung (Kochsalz und Natriumbikarbonat aa 5,0 auf 1000 dest. Wasser), von der er unter Unterdrückung jeder Nahrungs- und Wasserzufuhr in mittelschweren Fällen alle 2 bis $2^1/_2$ Stunden 100 ccm, in schweren alle $1^1/_2$ Stunden 20—50 g gibt, bei starkem Durst auch zwischendurch kaffeelöffelweise. Meist sistiert sofort das Erbrechen, Durchfälle, Blutdruck, Allgemeinbefinden bessern

sich, und schon am 2. Tage kann man statt 100 ccm Lösung nur 70 ccm Lösung mit 30 g Milch versuchen. Lidödeme und Harnverminderung treten als unschädliche Nebenwirkungen dieser Therapie auf. M. Kaufmann.

D. Caffarena, Über die Ausscheidung des Salvarsans durch die Frauenmilch. (Pediatria 1912. Nr. 4.) C. schildert den Fall eines hereditär-luetischen Säuglings (W. + bei Mutter und Kind), der durch Salvarsanbehandlung der Mutter, ebenso wie diese selbst, geheilt wurde. Die erste Injektion wurde etwa 7 Wochen nach der Geburt vorgenommen (0,18 intravenös), die zweite 5 Tage später (0,35 intramuskulär), die dritte (ebenso) ca. 14 Tage später. Beim Austritt aus der Klinik, einen Monat später, war W. bei Mutter und Kind negativ. Auf Gegenwart von Arsen wurde die Milch achtmal untersucht: 1. 24 Stunden nach der 1. Injektion +; 2. 48 Stunden nach der 1. Injektion —; 3. 36 Stunden nach der 2. Injektion +; 4. 5 Tage nach der 2. Injektion +; 5. 10 Tage nach der 2. Injektion +; 6. 48 Stunden nach der 3. Injektion +; 7. 8 Tage nach der 3. Injektion +; 8. 12 Tage nach der 3. Injektion —. Die Ausscheidung des Arsens durch die Milch dauert also bei intravenöser Salvarsaninjektion 2—3, bei intramuskulärer 10—12 Tage. M. Kaufmann.

L. Bahr und **A. Thomsen,** Fortgesetzte Untersuchungen über die Ätiologie der Kindercholerine. (Bibliotek for Läger 1912. Heft 2.) Die Verff. haben 1910 die von Oerum und Bahr vorgenommenen Untersuchungen fortgesetzt. Sie haben bakteriologische Untersuchungen von Fäzes, Blut, Milz und Nerven von 42 Leichnamen von an Cholerine gestorbenen Kindern angestellt, das Material wurde so schnell wie möglich nach der Sektion untersucht. Die Untersuchungen waren mit den früheren ganz übereinstimmend, so daß die Verff. der Ansicht sind, daß Bakterien der Koli-Typhusgruppe eine Hauptrolle bei der Kindercholerine spielen. Sie haben deshalb auch ein polyvalentes Anticholerineserum hergestellt. Adolph H. Meyer.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Pädiatrische Sektion.

(Aus der Deutschen med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 18. Dezember 1911.

Vorsitzender Biesalski.

1. Biesalki: **Behandlung mit orthopädischen Stützapparaten und Lagerungsvorrichtungen.** Durch die unstreitbaren Verdienste Hessings ist in den Kreisen der Laien und leider auch der Ärzte die irrige Ansicht verbreitet, daß ein Stütz-

apparat von einem Bandagisten angefertigt werden müßte. Die ganzen Hilfsmittel der Orthopädie können aber nur erschöpft werden von einem Arzt, der sowohl über die Technik der blutigen als der unblutigen als der in Anwendung von Apparaten bestehenden Therapie verfügt und diese je nach der Lage des Falles einzeln für sich oder nebeneinander oder in Kombination anzuwenden vermag. Es werden demonstriert ein Knabe mit Kinderlähmung beider Beine. An einem Bein sind Arthrodesen in Fuß, Knie und Hüfte gemacht, am anderen Quadrizepsplastik und Sehnenauswechselung am Fuß. Der Knabe geht in Stützapparaten, die er nur während der Nachbehandlung trägt, an der Gehbank. Ähnliche Fälle werden vorgestellt aus dem Gebiet der Littleschen Krankheit, ferner ein Kind mit Försterscher Operation, bei dem der Apparat während der Nachbehandlung vorzügliche Erfolge gezeitigt hat. Es folgen gleichartige Fälle aus dem Gebiet der Hemiplegie, darunter solche mit Medianusplastik, dann geheilte Fälle von angeborener Hüftluxation mit Nachbehandlung durch den Langeschen Beckenkorb, mit Heussnerscher Spirale und Demonstration eines vom Vortragenden angegebenen Redressionsapparates für Nachbehandlung der angeborenen Hüftluxation. Aus dem Gebiete der Spondylitis werden verschiedene Korsetts gezeigt, aus dem der Skoliose ein großes Gipsbett nach Fränkel, ein physiologisches Gipsbett für Behandlung des geraden Rückens, ein Lagerungsbrett und Zelluloidbett, eine Kombination von Gipsbett mit Lagerungsbrett und die mit aktiven Redressionskräften versehenen Korsetts nach Schlee und Wierzejewski.

2. Reiche: **Athetose.** Bei dem ersten Fall ist ein Zusammenhang mit zerebraler Kinderlähmung oder mit der Littleschen Erkrankung mit Sicherheit nicht nachweisbar. Die Reflexe sind pathologisch nicht verändert. Es ist daher wohl anzunehmen, daß es sich um einen Fall genuiner Athetose handelt. Bei dem zweiten Fall, den Reiche vorstellt, fanden sich pathologisch veränderte Reflexe, während der sonstige Befund dem des ersten Falles sehr ähnelte. Es handelt sich hier um eine Athetose, die sich auf der Basis alter zerebraler Herde entwickelt hat. Dann stellt Reiche einen typischen Fall von Athetose bei rechtseitiger Hemiplegie vor und einen vierten mit sehr schwerer Athetose aller vier Extremitäten, der Gesichts- und Zungenmuskulatur bei Littlescher Erkrankung. Dieser Patient kann weder stehen, gehen, noch sitzen, Festhalten von Gegenständen mit den Fingern ist ihm unmöglich. Die Sprache des geistig sonst normal entwickelten Knaben ist überaus undeutlich, so daß man nur hin und wieder einige Worte verstehen kann. Um diesen Patienten auf die Beine zu bringen, ist vor kurzer Zeit die Förstersche Operation gemacht worden, vorläufig mit dem Erfolg, daß die Rigidität und die Athetose der Beine nachgelassen haben. Über den endgültigen Erfolg wird erst nach längerer Zeit zu urteilen sein.

3. Künne: **Arthritis deformans im Kindesalter.** Künne stellt einen 13jährigen Knaben und ein 16jähriges Mädchen vor, bei denen die Krankheit im neunten, bzw. im vierten Lebensjahre begonnen hat. Bei beiden kein Trauma in der Anamnese. Es bestehen hochgradige Bewegungsbeschränkungen an Hüft-, Knie-, Ellbogen- und Fingergelenken, ferner bei dem Knaben an der Lenden-, bei dem Mädchen an der Halswirbelsäule. An den typischen Röntgenbildern wird das Fortschreiten des arthritischen Prozesses demonstriert. Die deformierende Arthritis kommt in jedem Lebensalter vor, ist meist eine sekundäre Affektion, die sich auf Schädigungen aller Art entwickelt. Arthritis deformans, Spondylitis deformans sowie die ankylosierende Spondylarthritis sind im wesentlichen als zu dem gleichen Grundprozeß gehörige Krankheitsbilder anzusehen.

4. Egloff: **Lähmungen bei Spina bifida.** Demonstration eines Kindes mit Myelomeningocele an der Grenze vom fünften Lendenwirbel und Kreuzbein. Beide Beine sind völlig gelähmt: ebenso Blase und Mastdarm. Ferner herrschen Sensibilitätsstörungen im Gebiete beider Unterschenkel. Beide Füße stehen in extremster Klumpfußstellung. Das Kind bewegt sich mit seinen Händen im Selbstfahrer fort. — Demonstration eines Kindes mit Myelomeningocele in der Höhe des vierten Lendenwirbels mit fast völliger Lähmung beider Beine; erhalten ist beiderseits nur M. sartorius, mit dem Patient gelernt hat, das Bein zu beugen und zu strecken. An den Füßen Sensibilitätsstörungen; Lähmung der Blase, jedoch nicht des Mastdarmes. Beiderseits Arthrodese der Sprunggelenke;

Stützapparat. Geht an der Gehbank. — Dritter Fall von Spina bifida occulta an der unteren Grenze des Lendenmarks, Spalt im Röntgenbild sichtbar, Skoliose, spastische Lähmung beider Beine, Klumpfüße, Subluxation der Kniee, pathologische Luxation der linken Hüfte, Incontinentia urinae et alvi. Therapie: Redression der Füße nach Ogston, Schienenhülsenapparate mit Redressionsvorrichtungen für Knie und Hüfte, Korsett. Kind geht gut an der Gehbank.

5. Schasse: **Demonstration angeborener Skoliosen.** Numerische Variationen an Wirbeln und Rippen führen nur dann zur Skoliose, wenn der Prozeß auf einer Seite weiter fortgeschritten ist, als auf der anderen, nicht aber bei symmetrischer Anordnung. Vorgestellt: Vier Schwestern im Alter von 12³/₄, 11¹/₄, 4¹/₂ und 1¹/₂ Jahren (von der jüngsten Schwester nur das Röntgenbild), welche mit Ausnahme der jüngsten Schwester runden Rücken ohne seitliche Ausbiegung der Wirbelsäule zeigen. Im Röntgenbild haben alle außer der zweiten Schwester elf Rippenpaare, der 19. Wirbel zeigt den Charakter des letzten Brustwirbels. Bei der dritten Schwester ist am 19. Wirbel beiderseits ein Ansatz zu einer rudimentären Brustrippe vorhanden. — 7¹/₂ jähriges Mädchen mit rundem Rücken ohne Skoliose. Im Röntgenbild sind beiderseits elf deutliche Brustrippen, am 12. Brustwirbel rechts eine ganz rudimentäre Rippe und am letzten Halswirbel links eine wenig entwickelte Halsrippe sichtbar. Sechs Halswirbel. Die ersten Brustrippen entspringen sowohl vom ersten wie vom zweiten Brustwirbel. Die Halsrippe ist zu wenig ausgebildet, um zur Skoliose zu führen. Die morphologischen Mißbildungen an Wirbeln und Rippen führen fast immer zur Skoliose. — Vorgestellt: Knabe von 5¹/₂ Jahren mit linkskonvexer Dorsalskoliose, die im Alter von etwa einem Jahre bemerkt wurde. Das Röntgenbild zeigt fünf normale Lendenwirbel; am 12. Brustwirbel fehlt die linke Rippe. Der zehnte Brustwirbel besteht aus zwei keilförmigen Halbwirbeln mit je einer Rippe und Wirbelbogen. Zwischen zehntem und neuntem Brustwirbel ist links ein Keilwirbel mit Bogenhälfte und eigener Rippe eingeschaltet. Die Abweichung der Wirbelsäule entspricht genau dem Keilwirbel. — 13jähriger Knabe mit hochgradiger, linkskonvexer, im siebenten Lebensmonat entstandener Dorsalskoliose. Rudimentäres Rippenpaar am 12. Brustwirbel, siebenter Halswirbel besteht aus zwei Keilwirbeln und trägt beiderseits Halsrippen, die mit den ersten Brustrippen verwachsen sind. Auch die vorhergehenden Halswirbel sind zum Teil aus zwei Keilwirbeln zusammengesetzt, ihre Querfortsätze und Dornfortsätze sind vielfach verwachsen. Die Skoliose ist aus den morphologischen Mißbildungen und der asymmetrischen Variation erklärt.

Außerordentliche Sitzung vom 22. Januar 1912.

Vorsitzender: Heubner. Schriftführer: Finkelstein.

Vor der Tagesordnung. 1. Tugendreich: **Ein Fall von angeborenem halbseitigen partiellen Riesenwuchs.** Der jetzt 16 Monate alte Knabe Paul F. wurde mir vor 10 Monaten, also im Alter von ¹/₂ Jahr, zum erstenmal vorgestellt. Es fiel sofort die ungleiche Entwicklung der Extremitäten auf. Der linke Arm nebst Hand, das linke Bein nebst Fuß waren stärker entwickelt als die entsprechenden rechten Körperteile. Die Maße waren:

	Anfang März 1911		Anfang Januar 1912	
	L cm	R cm	L cm	R cm
Größter Oberarmumfang . . .	15	13,5	16	14
„ Unterarmumfang . . .	16	13,8	16,5	15
„ Oberschenkelumfang .	27	23,5	29	23
„ Unterschenkelumfang .	19,5	17	23	20
„ Handumfang	11,5	10,5	12,5	11
„ Fußumfang	13	12	15	13

Muskulatur und Fettpolster sind links etwas fester als rechts. Die Mai 1911 im Rudolf Virchow-Krankenhause vorgenommene Durchleuchtung ergab: Die linke Oberschenkeldiaphyse mißt 12,7 cm, die rechte 12,3 cm. Sonst nichts Be-

sonderes. (Eine Durchleuchtung des Schädels fand nicht statt.) Gegenwärtig ist eine deutliche Verlängerung des linken Beins um etwa $1^1/_2$ cm vorhanden. Dementsprechend steht die linke Spina iliaca anterior superior höher als rechts und besteht bereits eine kompensatorische Skoliose. Es handelt sich, wenn wir der Einteilung von Maximilian Sternberg folgen, um einen Fall von angeborener halbseitiger partieller Hypertrophie; und zwar einer fortschreitenden, da die Differenzen zwischen links und rechts auch relativ in den 10 Monaten der Beobachtung größer geworden sind. Es wird interessant sein, die weitere Entwicklung des im übrigen kräftigen, normalen Knaben zu verfolgen.

Tagesordnung. 2. Heubner: **Pathologie der rheumatischen Affektionen im Kindesalter.** Schon seit langem hat Heubner darauf hingewiesen, daß die Rheumatosen — Rheumatismus, Endokarditis, Chorea — einen bestimmten Typus des Fiebers aufweisen, auf den zuerst Max Friedländer die Aufmerksamkeit gelenkt hat. In Wellenbewegungen steigt die Temperatur allmählich an, um dann allmählich sich wieder abzuflachen, so können sich zahlreiche Fieberwellen folgen, bei der Chorea im niedrigsten Niveau des febrilen Gebietes. Diese gleichmäßige Form des Fieberverlaufes hat Heubner mit dazu bestimmt, die Zusammengehörigkeit der drei Formen der Rheumatosen anzunehmen. Demonstration typischer Fieberkurven. Allen Rheumatosen ist weiterhin die Entwicklung eines mehr oder weniger intensiven anämischen Zustandes gemeinsam. Es war daher von Interesse, zu untersuchen, inwieweit das Blutbild neben der Temperaturkurve als Spiegelbild der Infektion bei Rheumatosen brauchbar ist. Durch Takeno ließ Heubner darüber Untersuchungen anstellen. Er fand, daß die Zahl der roten Blutkörperchen in Analogie zu der Intensität der Erkrankung steht. Mit der Verschlechterung im klinischen Bilde fällt die Zahl der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins, mit der Besserung steigt sie für beide an. An einer großen Reihe von Erkrankungsfällen wird zunächst für den Rheumatismus diese Übereinstimmung zwischen Blutbefund und klinischen Verlauf dargetan; aber nicht nur bei dem Rheumatismus, bei dem schon früher gelegentlich auf die dabei vorkommende Anämie aufmerksam gemacht worden ist, sondern auch bei den anderen Formen der Rheumatosen, Chorea, Endokarditis, findet sich die gleiche Abhängigkeit von Blutbefund und Erkrankungsablauf. Damit ist ein neues Beweismittel für Heubners Anschauung von der Zusammengehörigkeit dieser Rheumatosen gegeben.

3. Viereck: **Pathologie des vegetativen Nervensystems im Kindesalter.** V. berichtet kurz über die klinischen Untersuchungen von Eppinger, Hess, Falta, Rudinger und Mitarbeitern, die, basierend auf der Voraussetzung des Antagoinsmus von Sympathicus und „erweitertem“ Vagus, sowie der Spezifität deren pharmakologischen Reaktionen verschiedene Krankheitsbilder und -erscheinungen unter dem Gesichtspunkt der Vagotonie zusammenfaßten und anderseits die Lehre von der inneren Sekretion weiter auszubauen versuchten. Dabei haben sie, wenn auch offenbar nur theoretisch, vielerlei Beziehungen des Vagus und Sympathicus im Sinne Loewi-Fröhlichs) zu krankhaften Störungen des Kindesalters studiert, so zum Lymphatismus, den postdiphtherischen Lähmungen, den infektiösen Bradykardien, zum Asthma, zu Pylorospasmus, Urtikaria, Serumkrankheit usw. V. hat nun gefunden, daß bei Innehaltung bestimmter Versuchsanordnung die experimentelle Prüfung dieser Zusammenhänge im Kindesalter möglich ist und verwertbare Resultate gibt. Außer manchen Einzelheiten konnte, wenn auch bisher nur an einzelnen Fällen, gezeigt werden, daß auf der Höhe der Spasmophilie ein Anstieg der vagotonischen Dispositionen nachweislich war, bei exsudativer Diathese fanden sich sympathikotonische Erscheinungen, bei verschiedenen mehr oder weniger funktionellen Störungen wurden vagotonische Symptome festgestellt, endlich wurde ein von Aschner zuerst beschriebenes Vagussymptom bei zwei Kindern mit postdiphtherischen Lähmungen besonders gewürdigt. Bei den Untersuchungen zeigte sich nicht die von Eppinger und Hess behauptete absolute Exklusivität von Vago- und Sympathikotonie.

4. V. Salle: **Angeborene Akromegalie mit Sektionsbefund.** Der durch die entwicklungsphysiologische Forschung erbrachte Nachweis, daß die Hypophyse die Wachstumsvorgänge beeinflußt, gewinnt bei der Beurteilung von Wachstumstörungen (Gigantismus, partieller Riesenwuchs, Akromegalie), besonderen Wert. Eine Funktionsstörung des Gehirnanhangs läßt sich aber in vivo nicht feststellen,

und bei der klinischen Diagnose der Akromegalie sind wir nach wie vor auf die typische Vergrößerung der Akra angewiesen. Der von dem Vortragenden beobachtete Symptomenkomplex läßt sich am besten mit dem bei der Akromegalie beschriebenen vergleichen; auch eine Veränderung der Hypophysentätigkeit darf wenigstens vermutungsweise nach dem Sektionsbefund angenommen werden. Die Mitteilung betrifft einen bei der Geburt 56 cm langen und 3125 g schweren Knaben mit einem faltigen, grobzügigen, unkindlichen Gesicht, an dem die sehr große, stark entwickelte Nase und das prominente Kinn besonders auffallen; Zunge sehr groß. Das Verhältnis der einzelnen Körperteile (Kopf, Arme, Beine) zur Gesamtlänge des Körpers, entspricht weniger dem eines Säuglings als dem eines 2 jährigen Kindes. Dabei weisen Hände und Füße, besonders aber Finger und Zehen eine ganz außerordentliche Längenentwicklung auf, die, wie durch die Röntgenuntersuchung nachgewiesen wurde, durch eine Verlängerung der Knochen bedingt ist. Verdickungen oder andere Veränderungen an den Weichteilen fehlen. (Demonstration von Photographien und Röntgenbildern). Neben diesen Erscheinungen bestand ein angeborener Herzfehler, dem das Kind im Alter von $2^1/_2$ Monaten erlag. Die Sektion ergab eine sehr starke Erweiterung der Sella turcica und eine bohnengroße Hervorwölbung der Schädelbasis, durch welche die Hypophyse gegen die hintere Hälfte des Türkensattels verdrängt wird. Die Hypophyse selbst weist keine gröberen Veränderungen auf; höchstens könnte der Nachweis relativ zahlreicher eosinophiler Zellen im Sinne einer Funktionssteigerung verwertet werden, besonders da, nach Angaben der Literatur, die Hypophyse des Säuglings an chromophilen Elementen arm ist. Ein akromegalisches, aus eosinophilen Zellen bestehendes Hypophysenadenom war jedenfalls nicht nachweisbar; anderseits kann auch eine Läsion der Hypophyse und eine Funktionsherabsetzung der Drüse ausgeschlossen werden. Möglich erscheint dagegen, daß der Druck des die Hypophyse verdrängenden Knochentumors als Reiz auf die Drüse gewirkt und eine Hypersekretion bedingt hat. Eine Deutung des Befundes in diesem Sinne entspricht unseren heutigen Anschauungen über die Genese der Akromegalie, denen im Gegensatz zur anfänglichen Lehre von Pierre Marie die Annahme eines Hyperpituitarismus zugrunde liegt. Hervorzuheben ist noch, daß nach den Angaben der neueren französischen Literatur (Hutinel, Babonneix und Paisseau) die Akromegalie im Kindesalter nicht zu den allergrößten Seltenheiten gehört und als eigenes Krankheitsbild vorkommt. Es ist dies ein Grund mehr, Verallgemeinerungen wie: der Gigantismus sei die Akromegalie der Wachstumsperiode, die Akromegalie der Riesenwuchs nach beendetem Wachstum, zu vermeiden. Die Möglichkeit ist aber nicht von der Hand zu weisen, daß eine Veränderung der Hypophysenfunktion, besonders infolge einer andersartigen Korrelation mit der Tätigkeit anderer Drüsen mit innerer Sekretion (Keimdrüsen) ein voneinander abweichendes Krankheitsbild erzeugt, je nachdem, ob es vor oder nach beendetem Wachstum zur Entwicklung kommt. Vorläufig sind wir aber auf eine möglichst genaue Fixierung der Einzelbeobachtungen angewiesen. Bei der vorliegenden Beobachtung scheint eine Mischform von Akromegalie und Riesenwuchs nicht ausgeschlossen, aber immerhin unwahrscheinlich; die Zunahme der Gesamtkörperlänge betrug in $2^1/_2$ Monaten 3—4 cm.

Sitzung vom 26. Februar 1912.

Vorsitzende: Heubner, Baginsky; Schriftführer: Finkelstein.

1. Baginsky: **Zur Infektionsdauer des Scharlachs.** (Siehe Referate).

Diskussion. Paul Philip: In einer Familie erkranken zwei Kinder an Scharlach, 8 Wochen nach der Erkrankung des zweiten Kindes erfolgt die Desinfektion der Wohnung, nach der auch die Kommunikation mit den in demselben Hause wohnenden Portiersleuten wiederhergestellt wird. Etwa 6 Wochen später erkrankt die Frau des Portiers an einem Gesichtserysipel und im Anschluß daran an einer Angina, die zuerst als Diphtherie imponiert und die Überführung der Patientin ins Krankenhaus veranlaßt. Wenige Tage nach der Entlassung der Frau aus dem Krankenhaus erkrankt ihr Kind an Scharlach. Zu derselben Zeit wird der Portier wegen Bluthamens (Nephritis haemorrhagica?) vom Kassenarzt behandelt. Will man nicht die Erkrankung in der Portierwohnung als eine neue Infektion auffassen, so spricht diese Beobachtung ebenfalls für die lange Tenazität

des Scharlachgiftes, ferner aber auch für den Zusammenhang zwischen Scharlachvirus und Streptokokkeninfektion.

Eckert: An der Heubnerschen Klinik wurde bei einer Epidemie vor 2 Jahren, bei der wir viele Mischinfektionen zu sehen Gelegenheit hatten, beobachtet, daß durch interkurrente Infektionen (z. B. Masern) die Inkubationszeit des Scharlachs hinausgeschoben wurde. Könnte dies vielleicht eine oder die andere der von Baginsky erwähnten langen Inkubationszeiten erklären? Daß Kranke mit einer noch bestehenden Scharlachkomplikation, z. B. Otitis media, noch ansteckungsfähig sind, ist wohl schon öfters beobachtet. Liegen Erfahrungen darüber vor, daß durch desinfizierende Bäder (Schmierseife, Sublimat) die Möglichkeit später Übertragungen durch sonst gesunde Kinder verringert wurden?

Herbst: Aus einem der Häuser der Anstalt, in dem gesunde Knaben untergebracht sind, kam ein Junge mit Grippe nach einer Krankenstation, infizierte sich dort mit Scharlach und wurde nach der Scharlachabteilung verlegt, wo er 37 Tage blieb. Darauf kam er in sein Haus zurück, in dem also nur gesunde Kinder waren, und 3 Tage später kamen aus diesem Haus zwei Knaben mit Scharlach. Genauer berechnet betrug die Inkubationszeit nur $2^1/_2$ Tag. Redner fragt Baginsky, wie er die Scharlachfälle auf seiner Diphtheriestation beurteilt. Es wäre wichtig, zu wissen, was man von den Fällen, die auf bestimmten Stationen immer wiederkommen, halten soll. Haftet das Kontagium hier an den gesunden und anderswie kranken Kindern, oder haftet es an der Station selbst? Wir haben den Eindruck, daß das letztere der Fall ist. Jedenfalls ist Tatsache, daß wohl $^1/_2$ Jahr lang auf derselben Station ab und zu, oft in langen Pausen, ein Scharlachfall vorkommt. Dasselbe wiederholt sich dann ein oder einige Jahre später auf einer anderen Station.

Heubner: Ich kann die Erfahrungen, die Baginsky hier mitgeteilt hat, durchaus bestätigen. Ich habe meine Fälle noch nicht zusammenstellen lassen, das kann aber sehr leicht geschehen. Ich kann aber aus der Erinnerung sagen, daß wir diese „Return-Cases" auch in der Charité haben, und daß die Dauer der Ansteckungsfähigkeit nicht begrenzt ist durch die allgemein als genügend betrachteten 6 Wochen. Ich kann von einem Fall berichten, wo wir nach 43 Tagen ein Kind, das uns von der Ohrenstation eingeliefert worden war, wieder auf die Ohrenstation zurücklegten, als es scheinbar abgeheilt war. Das Kind kam in ein anderes Zimmer jener Station, ganz kurz hinterher erkrankte sein Bettnachbar an Scharlach. Gern hätte ich aus den Mitteilungen Baginskys etwas mehr über die Zeitdauer, bis zu der die Infektiosität der Scharlachrekonvaleszenten sich erstrecken kann, gehört. Auf der Tabelle sehe ich einen Fall; da scheint diese bis zum 60. Tage zu gehen. Ich habe noch nicht Zeit gehabt, meine Krankengeschichten durchzusehen, ich glaube aber aus der Erinnerung sagen zu dürfen, daß dieser Zeitraum noch überschritten werden kann. Es ist das in der Tat eine Frage, die des eifrigsten Studiums wert ist. Eine sichere Beurteilung der Frage im Einzelfalle ist unmöglich, weil wir eben ja das Virus nicht kennen, also den Genesenen nicht wie bei der Diphtherie daraufhin untersuchen können, ob er noch Virusträger ist. Daß die weit überwiegende Mehrzahl der Fälle, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, keine Heimkehrfälle hervorrufen, das ist zweifellos. Eine ziemlich große Anzahl von Erfahrungen hierüber hat Sörensen veröffentlicht. Nun fragt es sich aber: Wie wollen wir uns dagegen in der Praxis verhalten? Baginsky hat schon betont, daß wir gar nicht imstande sind, die Kinder solange zurückzubehalten, bis sie sicher oder doch höchstwahrscheinlich nicht mehr infektiös sind. Ich habe schon neulich in einer Diskussion gesagt: Wenn die Rekonvaleszenten bis zur Unschädlichkeit im Krankenhaus behalten werden sollen, dann baue man nur noch eine doppelte Zahl neuer Krankenhäuser. Wir haben keinen Platz dafür. Auch in der privaten Praxis werden die gleichen Erfahrungen gemacht. Es ist uns längst geläufig, daß, wenn die gesunden Kinder aus den Familien entfernt werden, und alles desinfiziert ist und sie dann zurückkommen, so erkranken sie — auch nach einem Zeitraum von 6 Wochen — noch so und so oft. Es wäre erwünscht und interessant, wenn einmal eine Sammelforschung unter allen Ärzten über diese Heimkehrfälle angestellt würde.

Baginsky (Schlußwort): M. H., die Wohlhabenheit ist nicht entscheidend. Ich habe ein Erlebnis hier, das viele Jahre zurückliegt. Da war es so, daß zu-

nächst zwei Kinder an Scharlach erkrankt waren; sie lagen in einer großen schönen Villa, in kleineren Schlafräumen. Ich habe die Kinder dann von da aus verlegen lassen, weil ich glaubte, daß sie dort nicht hygienisch genug gepflegt werden konnten, in einen großen Musiksaal. Kaum war das erledigt, die beiden Kinder wieder heil, der Musiksaal desinfiziert, als neuerdings ein Kind an Scharlach erkrankte. Trotz günstigster Verhältnisse fing, nachdem das eine Kind fertig war, das andere wieder an. — Ich habe einen kleinen, buckligen Knaben im Krankenhause behandelt, er ist volle 8 Wochen dagewesen und dann geheilt nach Tegel entlassen worden. Nicht lange nach der Entlassung wurde ich zu einer Konsultation zu einem schweren Scharlachfalle nach Hermsdorf gerufen, und da stellte es sich heraus, daß das Hermsdorfer Kind mit dem Tegeler verwandt war und daß Beziehungen zwischen Tegel und dem Hermsdorfer Kinde bestanden, das Hermsdorfer Kind von dem Tegeler Knaben angesteckt war; wahrscheinlich durch direkten Kontakt. — Wie mir bekannt geworden ist, läßt sogar ein auswärtiger Stadtarzt Kinder schon nach der dritten Woche wieder in die Schule gehen, angeblich, weil die Kinder nicht mehr infizierten. So divergierend sind also die Auffassungen nach dieser Richtung hin! Wie gefährlich kann aber diese Auffassung eines Herrn von der Nichtkontagiosität schuppender Kinder werden, wenn er an maßgebender Stelle steht! Ob man durch Bäder die Infektionsgefahr beseitigen kann, kann ich nicht sagen. Unsere Kinder werden selbstverständlich vor der Entlassung gebadet. Wir haben auch die Kleider stets auf das sorgfältigste desinfiziert; es ist also das Möglichste geschehen. Nun komme ich noch auf die Frage der Diphtherie. Der Diphtheriepavillon ist betreffs der Scharlachinfektionen die Achillesferse unseres Krankenhauses. Wir haben von Zeit zu Zeit immer wieder Scharlacherkrankungen darin. Alles mögliche Isolieren, Desinfizieren, alles ist vergeblich gewesen. Es gibt ein paar Monate Ruhe, man denkt, die Sache sei gewonnen, da bricht plötzlich wieder Scharlach aus. Es gibt so jedenfalls ganz besondere Beziehungen zwischen Scharlach und Diphtherie, engere, als wir bis jetzt ahnen, und doch vielleicht nicht nähere als bei den Verbrühungsfällen.

2. Rosenberg und Hahn: **Zur Kenntnis der hereditären Syphilis; a) ikterische Lebererkrankungen, b) Nierensyphilis.** (Siehe Referate.)

Diskussion. Cassel: Ich möchte zunächst auf die aufgestellten Präparate aufmerksam machen (Demonstration). Unter 31 Fällen von Lues hereditaria, die ich genau auf das Auftreten von Nephritis verfolgt habe, habe ich nur sechsmal eine Albuminurie gefunden. Die hämorrhagische Nephritis, wie sie von Finkelstein schon früher in einem Falle beschrieben wurde, habe ich nie gesehen. Allerdings waren die Kinder, die ich meiner Arbeit zugrunde gelegt habe, sämtlich über 2 Wochen alt. Ich habe auch später, als ich Gelegenheit hatte, etwa ein Dutzend Fälle klinisch genauer zu verfolgen, hämorrhagische Nephritis niemals gesehen. Die Nephritis bei Lues hereditaria hat an und für sich klinisch nur ein unbedeutendes Interesse. Sie wird nur gefunden, wenn man ganz besonders darauf in jedem Falle untersucht. Ödeme habe ich nur einmal in ganz geringem Umfange gesehen, urämische Erscheinungen, niemals, einmal eine Pyelitis, die mit Lues an und für sich nichts zu tun hatte. Es wäre aber ein großer Irrtum, wenn man auf Grund der geringen klinischen Erscheinungen annehmen wollte, daß die Nieren von Erbsyphilitischen gesund seien. Alle Nieren, die ich von an Lues verstorbenen Kindern untersucht habe, sind krank gewesen. Da lassen sich alle die charakteristischen Befunde, die hier geschildert wurden, aufnehmen. Nun hat der Redner auch die Veränderungen bei syphilitischen Föten gestreift. Es ist sehr interessant, die pathologischen Prozesse, die die Syphilis schon beim Fötus macht, zu verfolgen, und ich möchte feststellen, daß man bei solchen Kindern ebenfalls stets charakteristische, durch die Lues hervorgerufene Veränderungen findet, und zwar zweierlei Art: erstens kleinzellige Proliferationen, die von der Adventitia der Arteriae interlobulares ausgehen. Zweitens kommt es zu Dystrophien, und zwar erleidet die ganze Entwicklung der Niere durch die Erbsyphilis eine Hemmung. Die Niere der gesunden Frucht ist etwa gegen Ende des neunten Fötalmonats in ihrer Entwicklung vollendet. Dann hat sie dasselbe Aussehen im mikroskopischen Bilde wie bei reifen neugeborenen Kindern. Die neogene kortikale Zone mit den charakteristischen Glomerulusanlagen findet sich im zehnten Fötalmonat und bei reifen Kindern nicht mehr. Sind die Kinder nun syphilitisch, so wird die Entwicklung der Niere hinausgeschoben. Man findet

dann noch im zehnten Fötalmonat die bekannten fötalen Glomeruli, die als Pseudo-Glomeruli bezeichnet werden. Sie sehen das vorzüglich an den aufgestellten Präparaten, die auch die erwähnten Proliferationen um die Arterien herum aufweisen. Es ist durch mikroskopische Untersuchung der fötalen Niere die Diagnose auf Syphilis, wenn man darin einige Übung hat, ganz einwandfrei zu stellen. Ich habe hier zwei Präparate aufgestellt, die Niere einer nichtsyphilitischen Frucht aus dem achten Fötalmonat und eine syphilitische Niere aus derselben Zeit. Sie werden den Kontrast zwischen der gesunden und der syphilitischen Niere ganz ausgezeichnet sehen. Die gesunde Niere ist durch den Reichtum, die syphilitische durch die Armut an Glomerulis ausgezeichnet. — Baginsky: Haben Sie die Präparate auf die Anwesenheit von Spirochaeta pallida untersucht und da etwas gefunden? — Daraufhin ist das vorliegende Material nicht untersucht worden, da der Erreger der Lues damals noch nicht bekannt war.

Heubner: Worauf stützt der Redner seine Meinung, daß die Kombination von hämorrhagischer und interstitieller Nephritis, die hier vorliegt, charakteristisch für eine syphilitische Ätiologie sei? Ich kann das eigentlich nicht finden, wenn nicht an den Gefäßen endarteritische Prozesse nachgewiesen werden, die diese Vermutung stützen. Ich würde das nur für berechtigt halten, wenn entweder solche Veränderungen zu sehen wären, oder aber wenn Sie Spirochäten nachgewiesen hätten. Soviel ich weiß, sind Sie so glücklich, die Sektionen sehr bald post mortem machen zu können, und da könnte es Ihnen möglich gewesen sein, den sicheren Beweis zu führen.

Hahn: Wir haben auch auf Spirochäten untersucht, wir konnten aber keine feststellen. Es ist auch von anderer Seite mehrfach angegeben worden, daß man gerade in der Niere häufig keine Spirochäten findet. Auch im Urin suchten wir vergeblich nach Spirochäten.

Cassel: Ich möchte noch etwas über die mikroskopischen Befunde, als einen Hinweis dafür, daß es sehr leicht zu einer hämorrhagischen Nephritis kommen kann, hinzufügen. In fast allen meinen Fällen habe ich im Mark der Niere, besonders in der subkortikalen Zone, die Kapillaren strotzend mit roten Blutkörperchen gefüllt gefunden. Von dieser enormen Hyperämie bis zur Rhexis und Diapedesis sowie zur blutigen Ausscheidung von Harn scheint mir nur ein kleiner Schritt zu sein. Wenn man solche Fälle in den zwei ersten Lebenswochen beobachtet, kann ich mir wohl denken, daß sehr leicht eine hämorrhagische Nephritis bei Lues gefunden wird. Ich selbst habe, wie gesagt, sie niemals gesehen.

Heubner: Ich gebe das zu; aber das spricht nicht für spezifisch syphilitische Nephritis.

Sitzung vom 11. März 1912.

1. A. Baginsky: **a) Der Neubau des inneren Pavillons des Kinderkrankenhauses.** An den ausgestellten Plänen werden die neuen Einrichtungen der inneren Abteilung und der Säuglingsabteilung des Kinderkrankenhauses erörtert. — Daran schließt sich die Führung durch die Abteilungen.

b) Zur Behandlung der rheumatischen Komplikationen.

1. Vorstellung eines $10^1/_2$jährigen Knaben, der, jetzt geheilt, gegen Ende des Monats Januar (26. Januar) mit den schwersten Erscheinungen einer mit groben Jaktationen verbundenen Chorea in das Krankenhaus eingeliefert worden war. Alsbald gesellten sich zu den choreatischen Bewegungen paralytische Symptome. Verlust der spontanen Beweglichkeit der Extremitäten, Unfähigkeit aufrecht zu sitzen, den Kopf aufrecht zu halten. Verlust des Sprachvermögens, so daß mit Mühe einige lallende Laute vorgebracht wurden. Mühevolle Nahrungsaufnahme. Zusammengenommen: Das Bild der als Chorea paralytica bezeichneten Affektion. Am Herzen neben großer Erregbarkeit und Neigung zur Arhythmie nur ein leises systolisches Geräusch. Kein Fieber. Behandlung anfänglich mit Veronal, um die enormen Jaktationen zu mildern, auch den gestörten Schlaf zu bessern, später Arsen (Tinct. Fowler.) und abwechselnd damit auch zeitweilig Aspirin. Nebenher aber stetig suggestive Beeinflussung durch Zureden, Aufmunterung zur Beherrschung der Muskulatur und Versprechungen. Der Erfolg

ist ein vollkommener; der Knabe spricht, läuft usw. — Baginsky erinnert an zwei ähnliche von ihm bereits in seinem Lehrbuche erwähnte Fälle, dieselben müssen als Kombination von Chorea mit Hysterie aufgefaßt werden. Es ist großer Wert auf die suggestive Behandlung in den Fällen zu legen.

2. Schwere Komplikationen des akuten Gelenkrheumatismus sind die als Polyserositis zusammengefaßten entzündlichen Affektionen des Perikards und der Pleura, zumeist auch noch in Kombination mit Endokarditis und linkseitiger Pneumonie. Die Komplikationen führen zu den denkbar schwersten Krankheitsbildern mit Dyspnoe, drohender Suffokation durch Lungenödem, hohem erschöpfenden Fieber. Die Behandlung mit Eis, Salizylsäure, daneben mit sedativen Mitteln erweist sich oft wochenlang machtlos, auch die von englischer Seite empfohlenen lokalen Blutentziehungen sind nutzlos und ebenso die Vesikantien, welche gern von französischen Ärzten empfohlen werden. Baginsky hat seit Jahren in einer größeren Anzahl von Fällen Gebrauch gemacht von der innerlichen Anwendung von Kalium jodatum und kann dieselbe aufs wärmste empfehlen. Der Jodkaligebrauch (3 g : 100 dreistündlich einen Tropfen) erweist sich zumeist nicht sofort, aber nach etwa 2—3 Tagen als außerordentlich günstig, indem mit langsamem, allmählichem, nicht raschem Absinken der Temperatur auch Dyspnoe und Schmerzhaftigkeit nachlassen und die Kranken in einen relativen Zustand von Euphorie kommen. Später nehmen dann auch die physikalischen Zeichen der gesetzten entzündlichen Krankheiten ab, und es erfolgt selbst nach sehr schweren Affektionen Heilung. Baginsky erläutert diese Behandlung an vorgelegten Krankengeschichten und behält sich eine ausführliche Publikation vor. Auch die gemeine Pneumonie der Kinder ist bei besonders schwerer Erkrankung in vorteilhaftester Weise mit Jodkali beeinflußt worden. Das Mittel wirkt neben dem Gebrauch von Eisblasen mitunter überraschend gut in Beeinflussung der entzündlichen Krankheitserscheinungen.

c) **Demonstration eines Falles von Myxödem (Athyreoidismus, Myxoidiotie).** Fr. Gr. ist am 30. September 1904 geboren. Einziges Kind. Mutter an Wassersucht gestorben. Keine Lues. Aufgenommen mit den denkbar schwersten Erscheinungen des sporadischen Kretinismus. Körperlänge 72 cm, Kopfumfang 48 cm, Brustumfang 49 cm, Leibumfang 53 cm. Dicke, rauhe, meist abschilfernde Haut. Trockenes, sparsames, weiches Haar. Kleine Lidspalten, tiefliegende Augen mit absolut ausdruckslosem Charakter; eingesunkener Nasenrücken. Makroglossie mit weit herausragender Zunge. Völlig kariöse Zähne. Dicker, aufgetriebener Froschleib. Harte Fäzesmassen durchzufühlen. Keine Zeichen von Rachitis. Auffallend große Hände. Thyreoidea fehlt. Muskulatur erbärmlich. Testikel relativ groß, im Skrotum zu fühlen. Kaum Andeutung von geistiger Entwicklung. Kein Verständnis und keine Teilnahme für die Umgebung. Unsauber. Tiefe, rauhe Stimme. Das Kind ist mit Thyreoideapastillen in Behandlung genommen. Unter dem Gebrauche von anfänglich zwei, später drei Pastillen der Firma Freund & Redlich überraschende Zunahme des geistigen Vermögens, die sich in Teilnahme an der Umgebung, in allmählich erwachendem Verständnis für Gegenstände (Spielzeug), Willenskundgebungen äußert — freilich nur bis zu einer geringen Höhe; dabei auch langsam fortschreitendes Wachstum; im ganzen seit Oktober um 3 cm im Längenwachstum. Die Röntgenaufnahme der Knochengebilde zeigte allerorten den vollständigen Defekt der epiphysären Knochenkerne. Eine Erkrankung der Hypophysis läßt das Röntgenbild nicht erkennen. Eine Verbesserung der Ossifikation ergibt sich unter dem Gebrauche der Thyreoideapastillen nicht; dagegen hat die hartnäckige Obstipation sich gebessert, das Gesamtbefinden ebenfalls, so daß Patient mit der Umgebung, Kindern und Wartepersonal lacht. Die Stimme ist heller geworden und hat kindliche Klangbildung angenommen. Die Behandlung wird in dem erwähnten Sinne fortgeführt. Es ist die Gelegenheit genützt worden, an dem Kinde eine Reihe von Stoffwechseluntersuchungen, auch Untersuchungen über Zuckerausscheidung, Blutbeschaffenheit, zu machen, welche von Prof. Loewy und Dr. Sommerfeld ausgeführt wurden. Die Affektion wird begreiflicherweise in erster Reihe auf den Defekt der Thyreoidea zu beziehen sein, ob darauf allein, ist fraglich; aus Publikationen der jüngsten Zeit, so von Freudenberg, Mathild und Bichler (mit eingehender Literatur), Buschan (in Eulenburgs Realenzyklopädie, Artikel Akromegalie), Songues, hat es mehr und mehr den Anschein, daß an der Erzeugung des gesamten kretinischen Symptomenkomplexes die drei Gebilde Hypophysis, Thyre-

oidea und Testikel beteiligt sind; daher auch der Einschlag von Akromegalie in den kretinischen Symptomenkreis, wie er sich an dem Patienten in den auffallend großen Händen erweist. (Die Publikation des Falles mit den daran geknüpften Untersuchungen wird im Archiv für Kinderheilkunde erfolgen.)

2. Loewy und Sommerfeld: **Myxödem.** (Siehe Referate.)

3. Mühlfelder: **Vergiftungen mit Stramonium und Morphium.** a) Ein $1^1/_4$ Jahre alter, noch an der Brust seiner seit 11 Jahren Morphiummißbrauch treibenden Mutter liegnder Säugling trinkt etwa 0.3 Morphium und erliegt — nach vorübergehender Besserung von Sopor, Zyanose Krämpfen — erst nach 50 Stunden der Vergiftung. Relative Giftfestigkeit zurückzuführen wohl auf die im Laufe der langen Stillperiode eingetretene Gewöhnung. — b) Ein Knabe kommt ataktisch, mit maximalweiten, reaktionslosen Pupillen, mit Gesichts- und Gehörstäuschungen zur Aufnahme, erweist sich in seiner Auffassungsfähigkeit und Orientierung erheblich gestört, gerät in furibunde Erregung, die nur mittels Narkose bekämpft werden kann; wird am anderen Tage allmählich klar, ist ohne Erinnerung für die überstandene Störung. Ursache dieses deliranten Zustandes: Genuß von Stechapfelsamen.

4. Philipsborn: **Ovarialsarkom.** 4 jähriges Mädchen. Seit einiger Zeit zunehmende Auftreibung des Leibes; vor 2 Tagen Fieber und starkes Erbrechen; bei der Einlieferung Abdomen sehr stark aufgetrieben und gespannt; etwa kindskopfgroßer Tumor um die Nabelgegend herum fühlbar. Bei der Operation zerplatzte der Tumor, sehr starke Blutung; der Tumor geht vom rechten Ovarium aus; Exitus letalis nach 2 Stunden. Mikroskopisch: Spindelzellensarkom.

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

Halberstadt: **Erythem im Nacken und auf der Glabella als Frühsymptom der exsudativen Diathese des Säuglings.** H. weist an der Hand von zwei Säuglingen auf ein Symptom hin, das durch seine Lokalisation spezifisch für exsudative Diathese ist. Es handelt sich um ein Erythem in der Glabella und am Nacken, an der Haargrenze. Die Größe an der Glabella ist höchstens einpfennigstückgroß, während im Nacken das Erythem meist aus einer Reihe kleinerer besteht. H. meint nicht die Erytheme, die sehr oft bei Neugeborenen sich finden, sondern die in der zweiten bis dritten Woche noch vorhandenen bzw. erst auftretenden. Er hält sie deshalb für ein wertvolles Frühsymptom der exsudativen Diathese, weil man bei entsprechender Ernährung auf sie einwirken kann. Bei einem der vorgestellten Säuglinge hat H. zeitweise nur Brust und zeitweise Brust und Malzsuppe geben lassen und dadurch ein stärkeres bzw. schwächeres Auftreten der Erytheme bewirkt. H. hat von allen derartigen Kindern, die er lange genug beobachten konnte, nicht ein einziges frei bleiben sehen von irgendwelchen Symptomen der exsudativen Diathese. Wenn es auch nicht ein Kardinalsymptom ist, so ist es doch durch seine Lokalisation spezifisch und als Frühsymptom sehr wertvoll. (Ärztl. Verein in Hamburg, 7. Mai 1912.)

Reinecke: **Ruptur einer kongenitalen großen linksseitigen Hydronephrose.** 8jähriger, sonst stets gesunder Junge, kommt beim Spiel zu Fall, fällt auf einen Kantstein mit dem Bauch. 4 Stunden nach dem Trauma Einlieferung ins Krankenhaus, nachdem sich einmaliges Erbrechen und geringe Leibschmerzen eingestellt hatten. Klinische Symptome: Défense musculaire (linke Leibseite), drei querfingerbreite Flankendämpfung links, gutes Allgemeinbefinden, kräftiger Puls. Urinbefund normal. Diagnose: Intraabdominale Verletzung. Therapie: Laparotomie. Bei Eröffnung des Peritoneums fließt reichlich wasserklare, nicht riechende Flüssigkeit aus der freien Leibhöhle ab. Durch Imbibition des Mesenteriums, Mesosigmoideums

mit anscheinend wäßriger Flüssigkeit besteht ein eigentümliches Bild: alle Dünndarmschlingen, das Colon descendens sind förmlich umrahmt von sülzigen Hügeln. Orientierung über die Ursache dieser Erscheinungen zunächst recht erschwert. Multiple Inzisionen in die imbibierten Partien. Peritoneum hinten als solches nicht erkennbar, überall Sukkulenz. — Verdacht lenkt sich auf eine Ruptur des Nierenbeckens oder eines zystischen Tumors retroperitoneal links. — Rechte Niere vergrößert, an normaler Stelle, linke Niere wird nicht gefühlt, dafür in dem retroperitonealen Raum links ein schlaffer Sack, der im Zusammenhang mit dem Ureter steht. Sectio transperitonealis. Kindskopfgroßer, an der Vorderseite eine 4—5 cm große Ruptur aufweisender, kollabierter, 450 ccm fassender Hydronephrosensack, dem kappenförmig oben aufsitzt ein schmaler, dünner, fötale Zeichnung zeigender Nierenkranz. Exstirpation. Ureterligatur. Ureter eng, ohne Klappen- und Ventilbildung, durchgängig, von der oberen Kuppe des medialvorwärts sich ausdehnenden Hydronephronensacks ab. Ligatur der dünnen Nierengefäße. Schluß des Peritoneums. R. nimmt eine kongenitale Hydronephrose an. Nach dem Präparat ist anzunehmen, daß sezernierendes Nierenparenchym überhaupt nicht mehr vorhanden ist. Die vikariierende hypertrophische Niere wird alle Arbeit geleistet haben. In der wasserklaren, wenig eiweißhaltigen, sterilen Flüssigkeit der Bauchhöhle und des retroperitonealen Gewebes keine Spur von Harnsäure und Harnstoff nachweisbar. Es ist wahrscheinlich, daß der Sackinhalt von dem Sekret der Sackwandung geliefert wurde und mit zunehmender Füllung eine Art geschlossener Hydronephrose entstand. Durch das Trauma ist es zur Ruptur der wohl gespannten Hydronephrose gekommen, damit zu der wäßrigen Durchtränkung des retroperitonealen Gewebes und, mit oder ohne Peritonealriß, zur Ansammlung von Flüssigkeit im Leibe. Der Junge überstand den Eingriff gut, ohne jede Komplikation. Gesamtmenge des ausgeschiedenen Urins von Anfang an normal. Entlassung 14 Tage post trauma.

(Ärztl. Verein in Hamburg, 6. Juni 1911.)

Friedrich: a) **Lymphangiom der linken Gesichtsseite** (Parotis-Kiefergegend). — b) **Zentrale Fremdkörpergangrän der linken Lunge.**

a) 50 Tage altes Kindchen. Am fünften Tage nach der Geburt stellte sich eine, offenbar durch Infektion von außen zustandegekommene Entzündung ein, zunächst der Haut über dem Lymphangiom; durch 3 Tage Temperaturen zwischen 39—40°. Es ließen sich zahlreiche Gerinnungsherde in der Geschwulst nachweisen; die Geschwulst verkleinerte sich von Woche zu Woche; im Anschluß an die Entzündung in augenfälliger Weise und ist jetzt bis auf mehrere feste Stränge, die durch die Haut durchfühlbar sind, vollkommen geschwunden, so daß nicht mehr die geringste Entstellung vorliegt. Keinerlei operativer Eingriff fand während der Behandlung statt. Der Fall ist ein ausgezeichnetes Beispiel für die Möglichkeit weitestgehender regressiver Veränderungen auf dem Boden der Entzündung in Lymphangiomen. Es werden die Möglichkeiten ähnlich gerichteter therapeutischer Versuche an der Hand des Falles von Friedrich erörtert.

b) 10jähriges Mädchen. Fremdkörperaspiration. Durch breite Eröffnung der zentral gelegenen Höhle und durch operative Verödung von fünf Bronchienmündungen im Höhlengebiet wurde Heilung erzielt, so daß das Kind fieber- und fistellos, in wieder gehobenem Ernährungszustand und bester körperlicher Gesamtverfassung am Tage der Entlassung aus der Klinik demonstriert werden kann.

(Verein f. wissenschaftl. Heilkunde, 4. März 1912.)

Ohnacker: **Vorstellung eines operativ geheilten Falles von Sinusthrombose bei schwerem septischen Scharlach.** O. stellt ein 6jähriges Mädchen vor, bei dem im Verlaufe einer Scharlachinfektion Otitis media und Mastoiditis dextra auftrat. Wegen des anhaltenden hohen Fiebers wurde das gleichzeitige Vorhandensein einer Sinusthrombose in Erwägung gezogen. Die Antrotomie bestätigte diese Annahme. Der das Sinuslumen ausfüllende Thrombus wurde ausgeräumt und die erkrankte laterale Sinuswand exzidiert. Einige Tage nach der Operation war das Fieber und die meningitischen Symptome, die andeutungsweise aufgetreten waren, verschwunden. Eine Lumbalpunktion hatte klaren, kulturell sterilen Liquor ergeben. Bald jedoch trat ein neuer Fieberanstieg auf, veranlaßt durch Otitis media und Mastoiditis auf dem linken, bisher gesunden Ohr. Die Antrotomie wurde sofort ausgeführt. Außer der für Scharlachotitiden charakteristischen reaktionslosen Beschaffenheit und der dadurch verzögerten Heilung zeigte der

Wundverlauf hier keine Besonderheiten. Nach vorübergehendem Fieberabfall erfolgte eine neue Temperatursteigerung; auch traten ausgesprochene meningitische Symptome auf. Mehrere in jener Zeit vorgenommene Lumbalpunktionen ergaben trüben Liquor mit reichlich Leukozyten, aber ohne Bakterien. Daraufhin wurde zweimal intralumbal Antistreptokokkenserum injiziert; bald war der Liquor wieder klar und die zerebralen Symptome verschwunden. Bei einer durch einen erneuten Temperaturanstieg veranlaßten Wundrevision fand sich rechts eine erhebliche extradurale Eiteransammlung in der hinteren Schädelgrube. Da auch aus dem Mittelohr noch profuse Sekretion stattfand, wurde trotz des elenden Zustandes des Kindes die Radikaloperation ausgeführt; dabei wurden im Bereich des Eiterherdes ausgedehnte Knochenresektionen vorgenommen. Nun erst erfolgte langsame Wundreinigung; auch das Allgemeinbefinden des Kindes besserte sich allmählich. Im Bereich der freigelegten Dura bildete sich ein Kleinhirnprolaps aus, auch fand noch längere Zeit erhebliche Liquorabsonderung, offenbar infolge teilweiser Nekrose der Dura, dort statt. Das aus dem Prolaps gewonnene Punktat ergab vereinzelt Streptokokken. Noch zu einer Zeit, als die Wundheilung schon gut vorgeschritten war, stießen sich aus dem Bereich der hinteren Pyramidenfläche zwei größere Sequester aus. Erst $3^1/_2$ Monate nach der ersten Operation konnte das Kind das Bett verlassen.

Zum Schluß ging O. noch näher ein auf Art und Verlauf der für Scharlachotitis charakteristischen Nekrotisierungsprozesse, die auch bei dem vorgestellten Fall den Krankheitsverlauf in so ungünstiger und wechselvoller Weise beeinflußt hatten.

(Wissenschaftl. Vereinigung am Städt. Krankenhaus zu Frankfurt a. M., 4. Juli 1911.)

III. Therapeutische Notizen.

Über Eisensajodin schreibt Prof. Dr. Gustav Brühl (Berlin): „Seit Jahren habe ich, wie wohl auch viele andere Spezialkollegen, zur Unterstützung der lokalen Therapie bei Mittelohrentzündungen und zur Verhütung von Rezidiven nach operativen Eingriffen, wie Entfernung der Gaumen- und Rachenmandeln, bei skrofulösen und anämischen Kindern Jodeisensirup angewendet. Wenn ich auch im allgemeinen mit den Erfolgen dieser Medikation nicht unzufrieden war, so habe ich doch öfters die Beobachtung gemacht, daß Jodeisensirup nicht gern genommen wurde, und daß, abgesehen vom Schwärzen der Zähne, auch Verdauungsstörungen vorkamen. Dieser Nachteil fiel umsomehr ins Gewicht, als ja eine derartige Medikation lange Zeit hindurch genommen werden muß, damit man von derselben einen Erfolg erwarten kann. Infolgedessen war es mir willkommen, daß mir von den Farbenfabriken Bayer in Elberfeld ein Präparat zu Versuchszwecken zur Verfügung gestellt wurde, das sie in Gemeinschaft mit den Höchster Farbwerken unter dem Namen „Eisensajodintabletten" in den Handel bringen, und das die Vorzüge der gleichzeitigen Medikation von Jod und Eisen in sich vereinen soll. Seit zirka einem Jahre habe ich das Eisensajodin bei einer großen Anzahl Patienten der Privatklientel und Poliklinik verwendet. Nach den Angaben der Fabrik enthält jede Eisensajodintablette 0,12 Jod und 0,03 Eisen; beide Stoffe sind an Fettsäure gebunden, worauf wahrscheinlich auch die Löslichkeit in den Lipoiden des Organismus zurückgeführt werden kann. Eine nachhaltige Wirkung soll ganz besonders dadurch erzielt werden, daß die Jodausscheidung langsamer vor sich geht, als bei den Jodalkalien, das Schwärzen der Zähne und Verdauungsstörungen fortfallen. Da das Eisensajodin in Form von Schokoladetabletten hergestellt wird, schmecken die Tabletten sehr gut, was eine um so größere Rolle spielt, da wir ja das Präparat meistenteils Kindern zu

geben haben. Unter zirka 100 Fällen, in denen ich das Präparat verordnet habe, erinnere ich mich auch nicht eines einzigen, in dem mir darüber geklagt wurde, daß das Präparat verweigert oder schlecht vertragen worden wäre. Es scheint mir also in der Tat mit der Herstellung der Eisensajodintabletten ein Fortschritt gegenüber der bisherigen Medikation von Jod und Eisen erreicht zu sein. Ich habe die Tabletten in der ersten Woche einmal täglich: nach dem Mittagessen, in der zweiten Woche zwei Tabletten täglich: nach dem Frühstück und Mittagessen und von der dritten Woche an drei Tabletten täglich: nach jeder Hauptmahlzeit nehmen lassen. Bei dieser Dosis bin ich stehen geblieben und habe dieselbe monatelang hindurch fortgesetzt. Das Aussehen der Kinder wurde im allgemeinen ein frischeres; größere Eßlust, besseres Allgemeinbefinden und Gewichtszunahme bildeten den therapeutischen Effekt. Geringe Drüsenanschwellungen, wie wir sie häufig gleichzeitig bei Hypertrophien des lymphatischen Rachenringes finden, gingen zurück oder verschwanden. Besonders nach der Entfernung der hypertrophischen Tonsillen und adenoiden Vegetationen bildete mir das Eisensajodin ein geeignetes Mittel, um die Rückbildung des adenoiden Gewebes im lymphatischen Rachenring zu unterstützen. Ich verweise daher auf das Eisensajodin als ein Präparat, das mir das Interesse der Praktiker und Spezialkollegen zu verdienen scheint. (Therapie der Gegenwart, Juni 1912.)

Polylaktol, eines neues Lactagogum, empfiehlt Dr. W. R. Hoeber (Augsburg). Unter Zugrundelegung der Eisensomatose haben die Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. ein neues Lactagogum hergestellt, das unter der Bezeichnung „Polylaktol" in den Handel gelangt. Es enthält außer Eisenalbumosen noch Kohlenhydrate, Maltose und Galaktose. H. hat das Polylaktol in der städtischen Mutterberatungsstelle in Augsburg in 43 Fällen ohne Auswahl versucht. Das Präparat wurde von den Müttern ausnahmslos gern genommen und tadellos vertragen. Die Darreichung ist sehr einfach. H. ließ gewöhnlich morgens und abends auf eine Tasse Milch einen gehäuften Kaffeelöffel voll nehmen; in manchen Fällen empfiehlt sich dreimalige Verabreichung. Als Maßstab für die Wirkung des Polylaktols galt die Beobachtung, daß unter Darreichung von Polylaktol fortgestillt werden konnte und daß das Kind dabei gedieh. Selbstverständlich kann das Nichtgedeihen des Säuglings auch von anderen Faktoren abhängen; von solchen Fällen mußte natürlich abstrahiert werden. Die Ergebnisse lassen sich übersichtlich folgendermaßen zusammenfassen:

1. Bei neun Müttern wurde das drohende Versiegen der Milchabsonderung aufgehalten.
2. Sechs Frauen, die ihre Kinder von der Brust absetzen wollten, wurden durch die reichliche Milchproduktion veranlaßt, weiter zu stillen.
3. Zwei leidende, kränkliche Frauen konnten 2 Monate lang die Brust reichen.
4. Bei weiteren neun Frauen war ein sehr gutes Gedeihen des Kindes zu verzeichnen.
5. Bei vier Müttern ließ, nachdem das Polylaktol ausgesetzt wurde, die Milchabsonderung bedeutend, ja bis zur Stillunfähigkeit nach.
6. In zwei Fällen wurde kein Einfluß beobachtet, in einem anderen auch nicht nach Aussetzen der Darreichung.
7. Keine Besserung zeigte sich bei vier schwächlichen, verdauungskranken Kindern, so daß zur künstlichen Ernährung übergegangen werden mußte.
8. Sechs Mütter entzogen sich der ferneren Beobachtung.

Nach Abrechnung der unkontrollierbaren Fälle verblieben also 37; davon wurden in 30 Fällen (81 %) mit der Darreichung des Polylaktols günstige Erfolge erzielt. (Allgem. Mediz. Zentral-Ztg. 1912. Nr. 35.)

Gegen Diphtherie, schreibt Dr. A. Treitner (Innsbruck), ist **Hydrarg. cyanat.** eines der vorzüglichsten Mittel, geradezu ein Spezifikum. Kinder vertragen jedoch nur relativ kleine Dosen, z. B. Hydrarg. cyanat. 0,001 ad 150 Aqu. destill. zweistündlich einen Teelöffel. Besonders verwendbar, wenn Heilserum wegen Gefahr der Anaphylaxie nicht angewendet werden kann. (Viele Ärzte, besonders in der Schweiz, machen, wenn die erste Einspritzung von Diphtherieheilserum nicht geholfen, keine zweite mehr.) (Ars Medici 1912. Nr. 8.)

Über die Wirkung des Eisensajodins bei Skrofulose schreibt San.-Rat Dr. Dierbach in Berlin: „Auf die Empfehlungen von Görges hin habe ich das von den Elberfelder Farbenfabriken und Höchster Farbwerken hergestellte Eisensajodin in Tablettenform à 0,5 g bei Zöglingen der Wadzeck-Anstalt in Berlin angewandt. Die Insassen der genannten Anstalt sind Halbwaisenkinder und zu fast 50% erblich mit Tuberkulose belastet. Die Skrofulose in allen möglichen Formen ist daher ein ständiger Gast. Behandelt wurden 10 Zöglinge, 7 Knaben und 3 Mädchen, im Alter von 6—15 Jahren, die teils an erheblichen Drüsenschwellungen, teils an skrofulösen Ausschlägen litten und bei denen die Behandlung mit Sir. ferri jodati, Lebertran usw. zu keiner dauernden Besserung geführt hatte. Sie erhielten 4 Wochen lang dreimal täglich je eine Tablette. An der Ernährung, Verpflegung und den äußerlichen Verhältnissen der Kinder wurde während der Kur nichts geändert, so daß der Einwand, den man gegen die Resultate von Görges erheben könnte, daß die Besserung nicht so sehr dem Medikament als dem Krankenhausaufenthalt zuzuschreiben sei, fortfällt. Was nun die Erfolge betrifft, so ist zu sagen, daß das Medikament sehr gern genommen wurde und keine Magenstörungen verursachte. Auch Erscheinungen von Jodismus traten nicht auf. Die Eßlust war gesteigert, und dementsprechend waren teilweise recht erhebliche Gewichtszunahmen zu beobachten. Auffallend war die größere Lebendigkeit und Frische sowie das bessere Aussehen der Kinder. Die spezifisch skrofulösen Symptome wurden ebenfalls günstig beeinflußt. Namentlich heilten die Ausschläge unter der Behandlung ab, und die Drüsenschwellungen gingen zurück. Ich kann mich demnach der Empfehlung von Görges nur anschließen. Das Eisensajodin stellt ein Medikament dar, das alle guten Eigenschaften des Sir. ferri jodati in verstärktem Maße besitzt, ohne seine schädlichen Wirkungen zu teilen.

(Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 35.)

Thiovinal hat Dr. Camphausen (Sanatorium für Lungenkranke Neudorf-Görbersdorf) nicht nur bei tuberkulösen Prozessen der Atmungsorgane, sondern auch bei nicht tuberkulösen akuten und chronischen Bronchitiden mit Erfolg angewandt. Auch bei Keuchhusten übte das Präparat einen recht günstigen Einfluß aus. Es hat folgende Zusammensetzung:

Guajacol 4,0
Extr. Thym. 35,0
Extr. Eucalypt. 5,0
Sir. comp. 40,0
Aq. dest. ad 100,0.

(Prager med. Wochenschr. 1912. Nr. 31.)

Chinin ist nach Med.-Rat Dr. Heidenhain das einzige Medikament bei Keuchhusten, das schnell und sicher hilft. Seit vielen Jahren läßt er eine Chininlösung — selbstverständlich, um einen Darmreiz zu vermeiden, ohne Säure — von 2,0—200,0 als Klistier verwenden, und zwar dreimal täglich 1—2 Eßlöffel voll jedes Mal, je nach dem Alter des Kindes; schon gewöhnlich nach 3 Tagen fängt eine deutliche Besserung an, die bei weiterem Gebrauch des Chinins in dieser Weise auffallend schnell fortschreitet und bald zur Heilung führt.

(Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 33.)

Wilcke (Genthin) versuchte die Wirkung der **Tinct. Pulsatillae** bei **Keuchhusten und Bronchitis.** Die Erfolge waren oft überraschend gut. Erwachsenen gab er mehrmals täglich 10—20 Tropfen, Kindern 5—10 Tropfen, ohne je schädliche Nebenwirkungen zu sehen. Gegenüber den Opiumalkaloiden hat die Pulsatillamedikation den Vorteil geringerer Intoxikationsgefahr und größerer Billigkeit. (Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 33.)

Versuche mit Noviform. Von Dr. L. v. Mayersbach. Im Ambulatorium der chirurgisch-orthopädischen Abteilung der Grazer Kinderklinik hat Verf. durch einige Monate das Noviform angewendet und hatte Gelegenheit, dieses neue Mittel auf seine Fähigkeiten, sowohl im reinen aseptischen des Operationssaales, als auch im aseptischen Betriebe des Ambulatoriums zu prüfen, und ist zur Ansicht gekommen, daß es sich in jeder Form, besonders in der Kinderpraxis, wohl

bewährt hat. Auf frische akzidentelle Wunde nach primärer Naht gebracht, läßt das Noviform die Wunde rasch verkleben, es kommt zu keiner Reizung der Wundränder, und die resultierenden Narben sind blaß und zart. Weit mehr als hier lernt man das Noviform bei der Behandlung von tuberkulösen Fisteln mit all ihren unangenehmen Folgeerscheinungen schätzen. Hier wird die Sekretion vermindert und damit das durch die Eiteransammlung resultierende nässende Ekzem zum Teil vermindert, zum Teil zur Abheilung gebracht. Für Behandlung eigneten sich am besten selbst hergestellte Glyzerinemulsionen. Da, wo bei schwer jauchenden und stark sezernierenden Geschwüren sowie bösartigen Geschwülsten wohl von keinem Mittel eine Heilung erwartet werden kann, leistet das Noviform, in die Wunde gebracht, sowie reichlich zwischen die Gazeschichten gelegt, insofern gute Dienste, als es die Umgebung von dem unangenehmen Geruch gut desodoriert. In einem Falle von Scheidengonorrhoe bei einem kleinen Mädchen leisteten die Noviformstäbchen gute Dienste, und ist die Applikationsweise entschieden eine einfache und reine. In den angeführten Fällen hat sich das Noviform als stark austrocknend und sekretionsbeschränkend erwiesen, und war M. mit dem Erfolge ausnahmslos zufrieden. Vergiftungserscheinungen wurden ebenso wie Reizwirkung nie beobachtet. Bei jauchigen Prozessen erwies es sich als wirksames Desodorans. Bei Brandwunden appliziert, ließ eine einfache Deckung mit Noviformgaze die Wunde und den Schorf zur Abheilung kommen, ähnlich wie unter der Bardeleben-Wismutbinde. Bei stark sezernierenden Ekzemen konnte M. sich von den vorzüglichen Eigenschaften des Noviforms augenfällig überzeugen. Die Reaktionslosigkeit der zarten kindlichen Haut gegenüber fiel neben dem Fehlen sonstiger Nebenerscheinungen angenehm auf. Alles in allem ist das Noviform also ein Wundheilmittel von sehr guten Eigenschaften und vielseitiger Verwendungsmöglichkeit.

(Zentralbl. f. Chirurgie 1912. Nr. 25.)

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Die Preußische Landeszentrale für Säuglingsschutz hat ihre Geschäftsstelle nach dem Kaiserin Auguste Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche, Charlottenburg 5, Mollwitzstraße, verlegt. An Stelle des bisherigen Geschäftsführers Dr. Recke, der einem Rufe nach Breslau Folge geleistet hat, ist Dr. Rott mit der Führung der Geschäfte beauftragt worden.

Geh.-Rat Rehn (Frankfurt a. M.) und Prof. Kassowitz (Wien) sind zu Ehrenmitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde ernannt.

Pleschen. Das Heilerziehungsheim für schwachsinnige und psychopathische Kinder ist am 8. September eröffnet.

Wien. Habilitiert für Kinderheilkunde: Dr. Schick und Dr. Lerner.

Priv.-Doz. Dr. Hochsinger ist zum Leiter des neu zu errichtenden Währinger Kinderspitals gewählt.

Gestorben: Geheimrat Prof. Dr. O. Kohts, emer. Prof. der Kinderheilkunde, in Straßburg.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVII. Jahrgang. 1. Dezember 1912. Nr. 12.

I. Originalbeiträge.

(Aus der medizinisch-literarischen Zentralstelle in Berlin-Friedenau. Leiter: Oberstabsarzt a. D. Berger.)

Über Diphtherie.

Sammelreferat von Dr. med. **Bruno Bosse**,
Berlin.

I. Bakteriologie.

Conradi und Troch haben eine neue Kulturplatte eingeführt. Sie benutzen nacheinander Loefflersche Serumplatte — zur Anreicherung und zum Nachweis — und eine Tellurplatte — nur zum Nachweis. Von der wie gewöhnlich behandelten Loefflerplatte wird nach 3 Stunden die eine Hälfte mit einem sterilisierten Spatel, der mit steriler Kochsalzlösung angefeuchtet ist, abgerieben, und der so beschickte Spatel über eine auf ca. 40° erwärmte Tellurplatte ausgestrichen. Diese Platte bleibt 20 Stunden bei 35° C. Die Loefflerplatte wird auch noch 8 Stunden bei 35° C verwahrt. Nur wenn auf ihr keine Diphtheriekeime auffindbar sind, wird die Tellurplatte besichtigt. Hier erscheinen die Diphtheriebazillenkolonien, dem bloßen Auge sichtbar, tiefschwarz.

Cappellani schlägt vor, dem Glyzerinagar etwas Milchzucker zuzusetzen, bei 5% Glyzeringehalt 3% Milchzucker. Auf diesem Glyzerin-Milchzucker-Agar sind die Diphtheriekolonien nach 18—24 Stunden bei 34° C als gelblich-weiße, leicht opake, stecknadelkopfgroße Erhabenheiten zu sehen, während die Kolonien der Mischbakterien viel kleiner, die der Streptokokken kaum sichtbar sind.

Marie Raskin hat eine neue einzeitige Doppelfärbungsmethode für Polkörperchen gefunden. Die Farbstoffmischung, die sie benutzt, besteht aus:

Acid. acet. glac.	5,0	ccm
Aq. dest.	95,0	„
95%igen Alkohol	100,0	„
alte gesättigte wäßrige Methylenblaulösung	4,0	„
Ziehlsche Karbolfuchsinlösung	4,0	„

Die Polkörperchen sollen bei dieser Methode tiefdunkelblau sein, der Zellleib rötlich.

Sommerfeld übergießt das in gewöhnlicher Weise behandelte Präparat mit Methylenblaulösung, spült ab und trocknet mit Fließpapier. Dann bringt er es in Formalinalkohol (gleiche Teile) und läßt es in diesem so lange, bis das Präparat fast farblos geworden ist. Die Polkörperchen erscheinen dann tiefdunkelblau in blaßblauem Bazillenleibe.

Nach Beobachtungen von Conradi und Bierast findet in etwa $^1/_3$ der Diphtheriefälle eine Absonderung der Erreger durch den Harn statt.

Bosse hat schon früher im Kot Diphtheriekranker Diphtheriekeime nachweisen können.

Aronsohn und Sommerfeld haben festgestellt, daß der Harn von Masernkranken und bei Serumexanthemen giftig ist, dagegen bei Diphtherie und anderen Infektionskrankheiten nicht.

II. Untersuchungen über Diphtherietoxin und Diphtherieantitoxin im menschlichen Serum.

Fischl und Wunschheim konstatierten bei ihren Untersuchungen an Neugeborenen bei 83 % Schutzkörper gegen Diphtherie im Serum. Das Serum der Neugeborenen von Zweit- und Drittgebärenden enthielt am meisten Antitoxin.

Karasawa und Schick stellten in allen Fällen im Nabelschnurblut Diphtherieantitoxin fest. Bei Säuglingen fanden sie unter 5 Fällen nur einmal Schutzkörper. Sie glauben, daß der im Nabelschnurblut enthaltene Schutzkörper nach 6 Wochen geschwunden sein dürfte. Weiter fanden sie, daß mit steigendem Alter, mehr Individuen Antitoxine gegen Diphtherie in ihrem Serum enthalten.

Nach Beobachtungen von Hahn gehen klinisch leichte Diphtheriefälle mit starker Antitoxinbildung bis 2,5 I.-E. in einem Kubikzentimeter Serum einher. Bei schweren Fällen fand er $^1/_2$ bzw. 1 Jahr nach der Infektion kein Antitoxin mehr im Serum.

Aaser hat mit der Roemerschen Intrakutanmethode im Blut schwerkranker Diphtheriepatienten Diphtherietoxin nachweisen können. Bei toxischer Diphtherie hat er post mortem Diphtheriegift im Herzblute festgestellt, dagegen fand er kein Toxin im Blut, wenn der Tod erst in der Rekonvaleszenz erfolgt war.

III. Nasendiphtherie.

Blochmann macht auf die Nasendiphtherie bei Neugeborenen und älteren Säuglingen aufmerksam, die meist chronisch verläuft. Nach ihm ist jeder skrofulöse Schnupfen älterer Kinder auf Diphtherie verdächtig. In allen diesen Fällen empfiehlt er die Rhinoskopia anterior. Bei Nasendiphtherie fand er stets Beläge, besonders am Septum und an der unteren Muschel, seltener an der mittleren Muschel und am Boden des mittleren Nasenganges.

Neufeld hält auf Grund seiner Untersuchungen und Versuche die bei Ozaena gefundenen Stäbchen für Pseudodiphtheriebazillen und erkennt ihnen keine ätiologische Beziehung für Diphtherie zu. Jakobs-

thal dagegen spricht sich für die Arteinheit der Diphtheriebazillen und Pseudodiphtheriebazillen aus.

IV. Ohrdiphtherie und andere Formen der larvierten Diphtherie.

Nach Lewin gehört zu dem typischen Bilde der „diphtherischen Otitis media" der Befund von fibrinösem Belag und der positive bakteriologische Befund. Die Otitis im Anschluß an Diphtherie bezeichnet er als „Diphtherieotitis". Kobrack unterscheidet nach Ausschaltung der nicht durch Diphtheriekeime hervorgerufenen Mittelohrentzündung mit Belägen zwei Formen der Diphtherie des Mittelohrs: 1. die Otitis media diphtherobacillaris pseudomembranacea; 2. die Otitis media diphtherobacillaris purulenta non pseudomembranacea.

Benesi beschrieb einen Fall von primärer Otitis media diphtherobacillaris purulenta non pseudomembranacea auf der Basis einer chronischen Mittelohreiterung. Zur Einteilung der diphtherischen Mittelohrentzündungen empfiehlt er folgendes Schema:

1. Diphtherieotitis im Anschluß an Allgemeininfektion.
2. Sekundäre Diphtherie des Ohres
   a) Otitis media diphtherobacillaris pseudomembranacea,
   b) Otitis media diphtherobacillaris purulenta non pseudomembranacea.
3. Primäre Diphtherie des Ohres
   a) pseudomembranacea,
   b) non pseudomembranacea.

Außer echter Ohrdiphtherie sind beobachtet worden: Hautdiphtherie (Marschalko), Diphtherie der Vulva und Diphtherie des Anus (Blochmann, Haas, Delbanco).

V. Chronische Diphtherie.

Guttmann berichtet über einen Fall von bakteriologisch festgestellter chronischer Kehlkopfdiphtherie. Massini beobachtete eine Reihe von Fällen chronischer Diphtherie. Nach seinen Erfahrungen zieht sich die Krankheit meist über Jahre hin und zeigt sommerliche Remissionen. Manchmal exazerbiert die Krankheit zu akutem Diphtherieanfall mit Fieber und Belägen. Die Symptome der chronischen Diphtherie sind Trockenheit im Halse, Heiserkeit, Verstopfung der Nase. Bei der Inspektion findet man Rötung und Atrophie der Schleimhaut der oberen Luftwege. Die Therapie muß nach Massini eine lokale sein.

VI. Schwere Diphtherie und Komplikationen bei Diphtherie.

Als schwere Diphtherie bezeichnen Colley und Egis alle Fälle mit Halsödem, mit allgemeiner Intoxikation und unaufhaltbar fortschreitendem lokalen Prozeß. Die Schwere der Form ist von der Virulenz der Infektion, zuweilen vielleicht auch von der Mischinfektion abhängig.

Reiche sah 30 mal bei Diphtherie eine schwere hämorrhagische Diathese. Es handelte sich dabei um einen bereits früh im Verlauf sich zeigenden, von fortschreitender Anämie begleiteten Morbus maculosus. Ransome und Corner beobachteten bei einem an Diphtherie Erkrankten und frühzeitig mit hohen Serumdosen behandelten Knaben am 17. Krankheitstage eine Gangrän des rechten Beines, die die Amputation erforderlich machte. Bluth berichtet über einen Fall von erythematösem, vesikulösem und mit Fieber einhergehendem Hautausschlag bei Diphtherie. Er sieht ihn als Folge der Bazillen- oder Toxinwirkung an. Everall teilt einen Fall von Abdominaldiphtherie im Anschluß an Nasen- und Rachendiphtherie mit.

VII. Kreislaufstörungen während und nach Diphtherie.

Bingel meint, daß die sogenannte diphtherische Myokarditis besser als „schleichende zerebrale Diphtherievergiftung" aufzufassen und zu benennen ist. Als Beweis für die Richtigkeit seiner Ansicht betrachtet er auch die Erfolge seiner Therapie, der intralumbalen Injektion von Diphtherieheilserum.

Nach anderen, neueren Untersuchungen handelt es sich vielleicht um eine Vasomotorenlähmung, die von den Nebennieren her ausgelöst wird (Goldzieher). Schmorl und Hannes können auf Grund ihrer Untersuchungen dieser Ansicht nicht beipflichten. Sperk und Hecht teilen einen Fall von partiellem Herzblock bei Diphtherie mit, der von Hecht elektrokardiographisch festgestellt wurde. Die Therapie besteht bei Reizleitungsstörungen in der Verabfolgung von Atropin. Roemer kommt auf Grund des Befundes seiner Untersuchungen zu der Ansicht, daß keine besondere Verwandtschaft des Diphtherietoxins zum Reizleitungssystem besteht, daß dasselbe bei der diphtherischen Herzschädigung wohl befallen werden kann, aber nicht befallen werden muß. Hecht beschreibt einen Fall von atrioventrikulärer Automatie im Gefolge von Diphtherie.

VIII. Nachkrankheiten nach Diphtherie.

Kayser glaubt auf Grund von drei eigenen Beobachtungen und einer von Weil, daß der Alkohol als prädisponierendes Moment für postdiphtherische Lähmungen anzusehen ist. Mondonesi grenzt von den eigentlichen postdiphtherischen Lähmungen noch eine Spätmyasthenie nach Diphtherie ab. Die Symptome dabei sind Ataxie, Rombergsches und Westphalsches Phänomen, Absinken der Reflexe, der elektrischen Reizbarkeit und Sensibilitätsstörungen, neben den gewöhnlichen postdiphtherischen Lähmungen. Roemfeld fand den Lumbalsaft bei postdiphtherischen Lähmungen und Pseudotabes postdiphtherica auffallend reich an Eiweiß, seine Lymphozytose hielt sich in mäßigen Grenzen. Er hält es durch diesen Befund für bewiesen, daß nicht nur einfache peripherische Nervenentzündungen bestehen, sondern daß es auch zu zentralen anatomischen Veränderungen kommt. Über eine akute zerebrale Ataxie im Verlaufe einer Diphtherie berichtet Brückner.

Eine selten vorkommende Nachkrankheit infolge Diphtherie beobachtete Danielsen, nämlich eine postdiphtherische Speiseröhrenverengerung.

Colombino konnte in einem Falle, bei dem nach schwerer Diphtherie in der Rekonvaleszenz Lähmungen aufgetreten waren, typische Bronchiolitis obliterans nachweisen. Lange beobachtete einen linksseitigen Orbitalabszeß infolge Durchbruchs eines akuten Stirnhöhlen- und Siebbeinemphyems nach Diphtherie. Hesse berichtet über einen Fall von echter Sepsis, verursacht durch Diphtheriebazillen.

IX. Differentialdiagnose.

Blühdorn weist auf die öftere Schwierigkeit hin in der Unterscheidung der Vincentschen Angina von Diphtherie. Die Differentialdiagnose ist hier, ebenso wie oft zwischen Diphtherie in ihren bösartigen Formen und der phlegmonösen Angina, nur auf Grund bakteriologischer und kultureller Untersuchungen mit Sicherheit zu stellen. Hellström macht auf die Gefährlichkeit einer Inzision bei verkannter Diphtherie aufmerksam, da hierdurch neue Flächen für die Ausbreitung der Diphtheriebeläge und die Resorption der Toxine geöffnet werden.

Ein Phänomen, dem nach Rolleston ein gewisser differentialdiagnostischer Wert bei Diphtherie zukommt, ist der Babinski-Reflex.

X. Serumtherapie.

Der Wert der Serumtherapie ist jetzt ein fast allgemein anerkannter. Nur wenige Autoren (Rumpel, Grisson) sind es heute, die vom Serum nichts wissen wollen und die die besseren therapeutischen Resultate nicht auf Konto des Serums setzen, sondern die Abschwächung des Epidemiecharakters für die Ursache halten. Nach Ansicht von Rolly ist bis jetzt noch nicht zu entscheiden, wie groß die Heilwirkung des Diphtherieserums ist, auch nicht wieviel den darin enthaltenen Antitoxinen und wieviel dem heterologen Serum allein zukommt. Die größte Auzahl der Autoren ist heute für die Anwendung hoher Dosen, entweder in Form einer einmaligen Injektion einer großen Dosis, oder in wiederholten Injektionen der ursprünglichen Dosis. Unbedingte Anhänger dieser Art der Serumtherapie sind auf Grund ihrer großen klinischen Erfahrungen Heubner, Eckert, Morgenroth, Fette, Reiche, F. Meyer, Egis, Berlin, Knauth, Umber, Baginski, Feer u. a. Für die Anwendung kleinerer Dosen sind Salge (1000—30000 I.-E.), Much, Retzlaff und Hoesch (1000—4000 I.-E.).

Viele Anhänger hat auch die intramuskuläre und intravenöse Injektion des Diphtherieheilserums gefunden. Nach Morgenroth ist die Resorption bei diesen beiden Methoden eine bedeutend schnellere, als bei der subkutanen Injektion. Nach Versuchen von Lewin erzeugt die intravenöse Injektion eine 500 mal größere Heilwirkung als die subkutane. Über günstige Erfolge bei Anwendung

der intravenösen Injektion berichten Fette, Eckert, Berlin, Reiche, Meyer u. a. Alle Autoren stimmen für eine möglichst frühzeitige Injektion. Eckert betont, daß man das gewöhnliche karbolisierte Serum ruhig intravenös geben kann, wenn man sich an die durch den Karbolgehalt gegebene Maximaldosis von 9000 I.-E. hält, die täglich nicht öfter als zweimal gegeben werden darf. Für die Praxis empfiehlt er die intramuskuläre Methode. Hoesch hat die intravenöse Injektion aufgegeben, die intramuskuläre zieht er der subkutanen vor.

XI. Zur Frage der Behandlung postdiphtherischer Lähmungen und Kreislaufstörungen mit Diphtherieheilserum.

Meyer ist der Ansicht, daß man wohl imstande ist, durch rechtzeitige Anwendung hoher Dosen Lähmungen und Kreislaufstörungen zu verhindern, nicht aber bestehende zu beeinflussen. Crohn, Comby und Drausfeld haben aber Rückgang der postdiphtherischen Lähmungen nach Injektion von Heilserum gesehen, dagegen hat Rolly keine Erfolge gehabt. Bingel empfiehlt die intralumbale Injektion von Diphtherieheilserum. Blumenau empfiehlt bei drohender Herzlähmung und Sinken des Blutdruckes Adrenalin, desgleichen F. Meyer, Eckert und Pospischill.

XII. Anaphylaxie und prophylaktische Diphtherieheilseruminjektion.

Über einen Fall von sofortiger Reaktion mit Todesgefahr nach Reinjektion berichtet Asam. Wiedemann hat den Eindruck, daß die Anaphylaxie viel gefährlicher auftritt, wenn zwischen erster Injektion und Reinjektion eine längere (jahrelange) Pause verstrichen ist. Schippers rät von der prophylaktischen Injektion ab. Um Anaphylaxie bei Reinjektion zu vermeiden, müßte man bei der prophylaktischen Injektion ein Serum einer anderen Tierart verwenden, oder es müßten, wie v. Behring vorschlägt, möglichst hochwertige Sera erzeugt werden.

Wiedemann injiziert vor der Reinjektion einen Probetropfen subkutan. Besredka empfiehlt zur Vermeidung von anaphylaktischen Erscheinungen eine Vakzinationsmethode.

Friedberger und Nuta injizieren mit Hilfe eines von Groeber konstruierten Apparates das Serum so langsam in die Vene, daß die ersten in den Kreislauf gelangenden Portionen desselben die vorhandenen Eiweißantikörper so weit binden, daß der Rest des Serums nicht mehr imstande ist, Vergiftungserscheinungen hervorzurufen.

XIII. Aktive Immunisierung.

Hall und Williamson haben mit der Vakzinationsmethode sechs Bazillenträger erfolgreich behandelt. Blumenau hat mit der Methode von Dzerjgowski Versuche angestellt. Bei einem ersten Versuch benutzte er unverdünntes Toxin, bei einem zweiten Toxin in Verdünnung von 1:3, die er wiederholt in Tampons $^1/_2$ Stunde in

der Nase liegen ließ. Bei dem zweiten Versuch war das Resultat ein befriedigendes. v. Behring schlägt theoretisch eine kombinierte Präventivinjektion vor (Antitoxin + Spur Toxin oder Virus).

XIV. Lokale Behandlung der Diphtherie.

Über günstige Resultate, die sie bei der Anwendung von Bolus alba erzielten, berichten Daxenberg und Stumpf. Auch Küster empfiehlt Bolus alba. Delacamp hat mit gutem Erfolge neben der Seruminjektion Bolus angewendet.

Zu einer mit Pyocyanase kombinierten Serumbehandlung raten Mühsam, Weil und Rombach, desgleichen Grósz und Helene Bán. Letztere zerstreuten dieselbe mit Hilfe eines neuen Apparates bei Krupp direkt in den Larynx. Für die Pyocyanase sprechen sich ferner aus Zucker, Podwyssoki und Adamoff. Die beiden letzten empfehlen sie zur Entfernung von Diphtheriebazillen bei postdiphtherischen Zuständen. Emmerich und Löw haben festgestellt, daß Pyocyanase Diphtheriebazillen tötet und auch Diphtherietoxin bindet. Bocchia hat bei der Anwendung von Pyocyanase keine besonderen Vorteile gesehen.

Brandis hat in mehreren Fällen mit Erfolg die Stauungsbehandlung bei Diphtherie angewendet.

Lorey hat Versuche mit der lokalen Anwendung von Diphtherieserum und reinem Pferdeserum neben der Injektion von Antitoxin gemacht. Er konnte keine Unterschiede in der Beeinflussung des Prozesses durch Pferdeserum gegen Diphtherieserum wahrnehmen.

XV. Bekämpfung der Diphtheriegefahr (Bazillenträger).

Jakobsthal hält die Gefahr der Übertragung durch Bazillenträger nicht für so groß. Er hat eine Abnahme der Virulenz der Diphtheriebazillen konstatiert. v. Behring, Dietrich, Kretschmer, Sommerfeld u. a. weisen auf die Gefährlichkeit der Bazillenträger hin. Sie stimmen auch darin überein, daß eine wirksame Bekämpfung der Diphtherie nur durch Zuziehung der bakteriologischen Kontrolle zu erreichen ist.

Versuche, die Persistenz der Diphtheriebazillen abzukürzen, sind gemacht worden mit Pyocyanase, Formamint, Gurgeln mit antiseptischen Substanzen, alle aber ohne befriedigende Resultate. v. Behring verspricht sich viel von der lokalen Anwendung des gewöhnlichen Diphtherieserums, doch sprechen Mitteilungen von Petruschky dagegen. Letzterer hat in einigen Fällen die Vakzination mit abgetöteten Diphtheriebazillen mit Erfolg angewandt. Peglar und andere schlagen die Totalexstirpation der Tonsillen vor. Dopter will befriedigende Erfolge mit bakterizidem Serum in Pastillenform gehabt haben. Kretschmer empfiehlt die Ausquetschung der Tonsillen.

XVI. Tracheotomie und Intubation.

Von manchen Autoren wird die Intubierung vorgezogen und empfohlen. Nach Rombach ist die Mortalität hierbei geringer, als

bei der Tracheotomie. Schönholzer und Schipper treten für die primäre Tracheotomia ein. Erstgenannter Autor mußte von 136 primären Intubationen 68 sekundär tracheotomieren.

Zur Ausführung des Luftröhrenschnittes empfiehlt Leede die Tracheotomie inferior mit kleinem queren Hautschnitt. Er führt die Operation ohne Narkose aus.

Hans und Rohmer empfehlen die Tracheotomia longitudinalis mit transversalem Hautschnitt.

Keiner hat die von Franck empfohlene Tracheotomia transversa in der Weise modifiziert, daß er den oberen und unteren Rand des Hautschnittes an die oberhalb bzw. unterhalb der Wunde gelegene Halsregion temporär annähte. Den queren Einschnitt in die Trachea machte er erst nach retrofaszieller Ablösung des Schilddrüsenisthmus zwischen dem zweiten und dritten Trachealring. Während der Dauer der Operation läßt er die Intubationskanüle im Larynx.

XVII. Schule und Diphtherieausbreitung.

Die Ansichten, inwieweit die Schule die Ausbreitung der Diphtherie beeinflußt, sind verschieden. Während z. B. Flügge in einer Arbeit zu dem Ergebnis kommt, daß der Schule nur ein geringer Einfluß zukommt, glauben andere Autoren, z. B. Heubner, bestimmt einen Einfluß der Schule nachweisen zu können. R. Schulz meint, daß schon durch bloße Überlegung sich ergibt, daß der Einfluß der Schule auf die Ausbreitung der Diphtherie ein erheblicher sein muß. Die Berührung in der Schule, besonders in den einzelnen Klassen, ist doch eine so intensive, daß eine Übertragung unvermeidlich sei.

Bei Auftreten eines Diphtheriefalles in einer Klasse ist es seines Erachtens nötig, sämtliche Insassen der Klasse auf das Vorhandensein von Diphtheriebazillen zu untersuchen. Diejenigen, deren Untersuchung ein positives Resultat ergeben hat, sind auszuschließen. Der wegen Diphtherieübertragung ausgeschlossene Schüler kann wieder zugelassen werden, wenn eine zweimalige bakteriologische Untersuchung negativ ist. Ist er aber nach 4—6 Wochen nicht bazillenfrei, so ist er zum Schulbesuch zuzulassen, muß aber einen gesonderten Sitzplatz erhalten.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

W. P. Shukowsky und **A. A. Baron,** Kongenitale Atresie der Speiseröhre mit Trachealfistel. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Dorpat.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 1—3.) Geburt des Kindes in leichter Asphyxie. Das Kind kann nicht saugen. Aus der beständig schnüffelnden Nase entleert sich reichlich zäher, grauweißer Schleim. Exitus nach 48 Stunden. Anatomisch: Erweiterung der Speiseröhre, die in einen blinden Sack endigt. Von diesem aus führt eine schlitzförmige Fistel zur Trachea. Hecker.

R. Hecker (München), Otto v. Bollingers Bedeutung für die Pädiatrie. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 1—3.) v. B. hat über zwei Dutzend Arbeiten pädiatrischen Gegenständen gewidmet. Sein Hauptgebiet war Tuberkulose. Er konnte durch Fütterungs- und Impfversuche als erster beweisen, daß die menschliche Tuberkulose auf das Tier übertragen werden könne; die Übertragung gelingt sowohl durch Fütterung wie durch Impfung. Gewisse Formen von Fütterungstuberkulose beim Rind haben große Ähnlichkeit mit der abdominalen Skrofulose des Menschen. Schon im Jahre 1874 konnte v. B. die Behauptung aufstellen, daß gewisse Formen der Skrofulose nichts anderes sind als Anfangserscheinungen der Tuberkulose. „Es gibt eine spezifisch tuberkulöse und eine nicht tuberkulöse Skrofulose". Für gewisse Formen der Kindertuberkulose ist die Milch perlsüchtiger Kühe oder tuberkulöser Ammen die Quelle. v. B. betont wiederholt die Möglichkeit und große Wahrscheinlichkeit tuberkulöser Infektion in früher Kindheit. Er warnt eindringlich vor Verwendung von Einzelmilch und empfiehlt Sammelmilch. — Zur Produktion von Kindermilch empfiehlt v. B. zwar Trockenfütterung zur Gewinnung einer gleichmäßigen Milch, läßt aber im Interesse der Billigkeit Grünfütterung und Weidebetrieb als die üblichsten Futterbedingungen zu. — v. B. entdeckte, daß die menschlichen Schutzblattern die Ursache der Kuhpocken sind. — Die Hauptursache der hohen Kindersterblichkeit liegt in der Verweigerung der Mutterbrust, die zu einer Verkümmerung der Drüsen führt. Hilfe ist nur durch beharrliche Inanspruchnahme zu erhoffen. — Als stillförderndes Mittel empfiehlt v. B. schon 1899 die Verteilung von Stillprämien.

Hecker.

J. Cassel, Erfahrungen mit Eiweißmilch. (Aus der Poliklinik für kranke Kinder von Professor Dr. J. Cassel und der Städtischen Säuglingsfürsorgestelle II der Stadt Berlin). (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 4—6.) Verfasser hat die Eiweißmilch an einem größeren poliklinischen Material erprobt, wobei die Fälle längere Zeit und auch in der sogenannten Nachperiode beobachtet waren. Die Arbeit ist durch eine große Anzahl von Kurven illustriert. Cassel verabreichte die Milch in der von Finkelstein und Meyer zuletzt angegebenen Methode (diese Wochenschrift 1911. Nr. 7). Das Hinaufgehen auf 180—200 g pro Kilo Körpergewicht gelang dabei nicht immer so schnell wie den Erfindern, oft auch überhaupt nicht. Die Kinder nehmen die Nahrung, auch wenn sie mit Saccharin versüßt ist, nicht gern; manche haben während der ganzen Dauer der Verabreichung eine Abneigung dagegen. Deshalb mußten viele Kinder früher, als von Finkelstein und Meyer angegeben, von der Eiweißmilch entwöhnt werden. Im übrigen sind aber die Erfahrungen ausgezeichnete bei akuten und chronischen, bei leichteren und schweren Ernährungsstörungen, und zwar wurden die Erfolge erzielt, auch ohne daß die Eiweißmilch 4—6—8 Wochen im Einzelfalle gebraucht wurde. Ein großer Nachteil ist der teuere Preis.

Hecker.

Hugo Kühl (Kiel), Kindernährmittel im Handel. Eine hygienische Studie. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 4—6). Unter-

suchungen des angeblich „sterilen“ Kindermehles „aus einer süddeutschen Fabrik“ ergeben nichts weniger als Sterilität desselben. Aus den etwas unklaren Schlußsätzen entnehme ich: Die Sterilisation der meisten Kindermehle hat viel sachgemäßer zu geschehen; viele Präparate sind überhaupt nicht steril, trotz eines diesbezüglichen Vermerkes. Am geeignetsten zur Säuglingsnährung sind die Fabrikate, welche sich nicht nur in bezug auf das Verhältnis der Nährstoffe, Kohlehydrat — Eiweiß — Fett, der Muttermilch nähern, sondern auch im Charakter (?). Die abführende Wirkung des Milchzuckers erklärt sich daraus, daß er sich im Gegensatz zu Maltose und Rohrzucker noch im Dünndarm in großer Menge vorfindet. Als die besten Kindernährmittel sind die reinen Milchpräparate zu betrachten, nicht die Kindermehle. **Hecker.**

W. P. Shukowsky und **A. A. Baron,** Hirngeschwülste im Kindesalter. Tumor cerebri bei einem 5jährigen Mädchen mit Amaurose wegen Sehnervenatrophie. (Aus der Universitätskinderklinik in Dorpat.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 4—6.) Vom 3. Jahre ab Störungen des Schlafes bis zur völligen Schlaflosigkeit; dann Kopfschmerzen und allmählicher Verlust des Sehvermögens. Von nervösen Störungen nur noch Salivation und ein Erythema psychomotoricum. Allmähliche Verwirrung der Sprache. Tod an interkurrentem Scharlach. Anatomisch 2 taubeneigroße Gliome an der Hirnbasis. **Hecker.**

Felix v. Szontagh, Über Diphtherie- und Typhuskutanreaktion. (Aus der Kinderabteilung des St. Johannisspitales in Budapest.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 4—6.) 448 Kinder wurden mit Diphtherietoxin (unverdünnt) kutan geimpft; davon reagierten 38 % positiv und 62 % negativ. Kontrollimpfungen mit artfremdem Eiweiß, Diphtherieserum, Eiereiweiß, Kuhmilch verliefen alle negativ. Mit Typhustoxin wurden 72 Kinder geimpft, davon reagierten nur 4 positiv, am stärksten 2 Kinder mit Werlhofscher Krankheit. Die Versuche geben nach keiner Richtung hin einen bestimmten Ausschlag, stellen aber doch fest, daß ein und demselben Agens gegenüber verschiedene Individuen auf verschiedene Weise reagieren. In der Tatsache, daß die häufigsten und schönsten Diphtheriekutanreaktionen bei Scharlach erzielt wurden, sieht Verfasser eine Stütze seiner Auffassung von der Identität von Scharlach und Angina. **Hecker.**

E. Hartje, Zur Kasuistik der Meningitis basilaris (basalis) posterior. (Aus der Kinderklinik von Prof. A. N. Schkarin an der militärmedizinischen Akademie zu St. Petersburg). (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 4—6.) 4monatliches Mädchen erkrankt mit allgemeinen Symptomen an Meningitis. Das Lumbalpunktat zeigte hämorrhagische Pachymeningitis und seröse Leptomeningitis mit konsekutivem Hydrocephalus internus; die Diagnose wurde durch die Sektion bestätigt. **Hecker.**

G. E. Wladimiroff (Moskau), Die Hospitalmasern und Sterbekasuistik nach Masern. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 4—6.) Masern im Krankenhaus, selbst im besteingerichteten,

verlaufen unter allen Umständen durchschnittlich ungünstiger als außerhalb selbst in den schlechtesten Wohnungen der Armen. Zuweilen kommen ganz plötzlich Todesfälle in den ersten Krankheitstagen vor. Schilderung eines solchen Falles ($1^1/_2$ jähriges Mädchen), bei dem Verfasser als Todesursache eine Vagusparalyse als Folge des Maserngiftes annimmt. Hecker.

Carl Heinrich Alexander Pagenstecher († 1869 in Heidelberg), Die Masernepidemie des Jahres 1830, beobachtet in Elberfeld. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 4—6.) Die Arbeit, vom Sohne des Verfassers veröffentlicht, hat nicht nur historisches Interesse, sondern verdient wegen der Schärfe der klinischen Beobachtung wohl gelesen zu werden. Der Autor wendet sich am Schlusse schon sehr energisch gegen die damals (wie heute auch noch) beliebte Art, die Masernkinder in dicke Betten und überheizte Zimmer einzusperren. Hecker.

Schabad und **Sorochowitsch**, Zur Frage vom Wesen der günstigen Wirkung des Lebertrans bei Rachitis. Ist das wirksame Agens des Lebertrans ein Ferment? (Monatschr. f. Kinderheilk. 1912. Bd. 11. Nr. 1. S. 4.) Verfasser wirft die Frage auf, ob nicht das wirksame Moment in der Lebertranwirkung in einem Leberferment zu suchen ist. Da die große Mehrzahl der Fermente bei 100° ihre charakteristische Eigenschaft verliert, haben Schabad und Sorochowitsch die Wirkung des auf 100° erhitzten Lebertranes auf den Kalkstoffwechsel studiert. Zur Untersuchung kamen 3 Rachitiker. Dabei ergab sich, daß die Erhitzung die günstige Wirkung des Lebertrans auf die Kalkretention nicht vernichtet. Schick.

E. Moro, Zur Diätetik der Skrofulose. (Monatschr. f. Kinderheilk. 1912. Bd. 11. Nr. 1. S. 21.) Moro hat vor einigen Jahren die Ansicht ausgesprochen, Skrofulose sei nichts anderes als der Ausdruck der Tuberkuloseinfektion auf dem Boden der lymphatisch-exsudativen Diathese. In ähnlicher Weise äußerte sich gleichzeitig Escherich. Diese Annahme fand bald viele Anhänger. Da nun Czerny zeigte, daß sich durch Ernährungstherapie, die gegen die exsudative Diathese gerichtet war, auch bei Skrofulose glänzende Resultate erzielen lassen, schien die Beweiskette geschlossen. Moro berichtet nun über mehrere Fälle, die unter einem Ernährungsregime, das auf Erscheinungen der exsudativen Diathese verschlechternd einwirken mußte, bei Skrofulose sich ausgezeichnete Erfolge erzielen ließen. Bei reichlicher einseitiger Milch-Eikost traten weder im Blütestadium noch in der Abteilungsperiode der Skrofulose neue exsudative Symptome zutage. „Manifeste Erscheinungen der exsudativen Diathese Skrofulöser heilten bei dieser Ernährung unter unseren Augen vollständig ab — aber nur unter einer Bedingung: Wenn die betreffenden Kinder an Körpergewicht rasch und ständig zunahmen, d. h. wenn sich in den betreffenden Fällen bei Milch-Eikost das erzielen ließ, was man gemeinhin als Mast bezeichnet hat."

Diesen Widerspruch erklärt Moro damit, daß die Erscheinungen der exsudativen Diathese bei einem skrofulösen Kinde nicht immer

alimentär bedingt sind, sondern spezifischer Natur sein können. Die Tuberkulose wirkt im Organismus exsudativer Kinder als ständiger Reiz, und dieser Reiz führt zu immer neuen Erscheinungen der exsudativen Diathese. Gelingt es, diesen Reiz in Schranken zu halten, dann erlischt die Diathese. Schick.

M. Klotz, Über den differenten peptischen Aufbau von Weizen und Hafer. (Monatschr. f. Kinderheilk. 1912. Bd. 11. Nr. 1. S. 29.) Die beträchtlichen Unterschiede im Verhalten von Weizen und Hafer gegenüber diastatischen Fermenten legten die Vermutung nahe, auch im proteolytischen Abbau beider Mehle ähnliche Differenzen zu suchen.

Die bisherigen Untersuchungen hatten ergeben, daß Hafer im Vergleiche zum Weizen als das leichter aufspaltbare Kohlehydrat anzusehen war. Klotz erwartete ein gleiches auch von den beiden Versuchen mit künstlicher peptischer Verdauung, fand aber entgegen seiner Annahme, daß Pepsin-Salzsäure Weizenmehl weit schneller und energischer löste als Hafermehl. Auch bei tryptischer Verdauung ergab sich das gleiche. Das Gesetz, welches sich bisher so lückenlos aus allen Versuchen hatte ableiten lassen, wurde hier zum ersten Male durchbrochen. Dies aber nur scheinbar, wenn man nämlich statt der gemeinen Mehle die entsprechende Stärke benützte, ergab sich ein entgegengesetztes Resultat. Das Weizenstärkeprotein wurde langsamer proteolysiert als das Haferstärkeprotein. Daraus folgt, daß die Spezifität der Getreidemehle in ihrem Stärkekohlehydrat gelegen ist. Schick.

E. Weinrich, Beitrag zur Kenntnis der Urotropin-Sekretion und Resorption im Liquor cerebrospinalis und die Bedeutung derselben für die Hydrozephalusfrage. (Monatschr. f. Kinderheilk. 1912. Bd. 11. Nr. 1. S. 38.) Hald hatte bei Untersuchungen von 21 Patienten nachgewiesen, daß $^3/_4$ Stunden nach der letzten Urotropindarreichung die höchste Konzentration dieser Substanz im Liquor cerebrospinalis nachweisbar ist. In den ersten 5 Stunden nach der letzten Gabe schwankte der Gehalt an Urotropin zwischen 1:20000—1:50000; nach 48 Stunden war der Gehalt an Urotropin 0. Die Konzentration war nicht abhängig von der Größe der Urotropindose, sondern wesentlich nur von der Zeit, die seit der letzten Gabe bis zur Punktion verflossen war. Auch die normale oder pathologische Beschaffenheit der Hirnhäute schien einen größeren Einfluß auf die Menge des im Liquor erscheinenden Urotropins nicht zu haben. Die Konzentration des Blutes war meist doppelt so hoch als die des Liquors. Hald betrachtet den Liquor als das Produkt einer Sekretion. Ibrahim bestätigt diese Resultate und zeigt, daß bei Kindern mit wachsendem Hydrozephalus die Resorption verlangsamt war, so daß Urotropin viermal 24 Stunden, einmal sogar neunmal 24 Stunden nach der letzten Urotropindosis noch nachweisbar war. 3 andere Kinder mit stationärem Hydrozephalus zeigten diese Verlangsamung nicht. Weinrich hat neuerliche Untersuchungen über diese Frage durchgeführt und kommt zu folgenden Resultaten:

1. Der Urotropingehalt im Liquor cerebrospinalis ist nur bis zu einer Konzentration von 1 : 480000 nachzuweisen.

2. Die Sekretion von Urotropin folgt wesentlich den Gesetzen der Osmose, während das Jod beim entzündlichen Hydrozephalus nicht in der Zerebrospinalflüssigkeit erscheint. So ist die aktive Mitwirkung der Zelle auch beim Urotropin wahrscheinlich.

3. Die Resorption folgt den gleichen Gesetzen; die Verzögerung beim Hydrozephalus ist durch das ungünstigere Gefälle und die Verhältnisse von Oberfläche und Inhalt bedingt. Es ist daher bis zum bisher nicht geführten Beweis des Gegenteils ein spezifischer Unterschied zwischen wachsendem und stabilem Hydrozephalus nicht wahrscheinlich.

4. Eine Komulation findet auch beim Hydrozephalus nicht statt.

5. Die Spinalpunktion hat auf das Verschwinden des Urotropins aus dem Liquor, wenn überhaupt, so einen ungünstigen Einfluß.

6. Die Annahme, daß ein positiver Urotropingehalt nach Ablauf von dreimal 24 Stunden einen Schluß auf den Zustand des Hydrozephalus, ja, selbst nur auf sein Bestehen hinwiese, ließ sich in dem untersuchten Falle als nicht zutreffend erweisen. Schick.

E. Mayerhofer und **E. Přibram,** Praktische Erfolge der Ernährung mit konservierter Frauenmilch. (Bericht über 100 Fälle.) (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. Heft 5 u. 6.) Eine 3jährige Erfahrung hat bewiesen, daß die von M. u. P. empfohlene Übertragung des Buddeschen Verfahrens auf Frauenmilch zum Zwecke der Säuglingsernährung in der Praxis des Spitalbetriebes durchführbar ist.

Mit Rücksicht auf die Eigenschaft der Frauenmilch, Wasserstoffsuperoxyd viel rascher zu zersetzen, als es Kuhmilch tut (hoher Katalasegehalt der Frauenmilch), modifizierten M. u. P. das ursprüngliche Buddesche Verfahren (einmaliger und sehr geringer Zusatz von Wasserstoffsuperoxyd zur Kuhmilch) dahin, daß M. u. P. größere Mengen von Wasserstoffsuperoxyd verwendeten und das Verfahren je nach Bedarf von Woche zu Woche wiederholten. Bei Verarbeitung schon gering sauer gewordener Frauenmilch gebrauchten M. u. P. zur Verhinderung rasch fortschreitender Säuerung Calciumsuperoxyd (Calcodat) entweder allein oder in Verbindung mit Wasserstoffsuperoxd.

Auf diese Weise konnten M. u. P. bei nicht allzu keimreicher Frauenmilch bis zur vollständigen Sterilität gelangen; bei keimreicher Frauenmilch wurde eine solche Verminderung an Keimen erzielt, daß in fast allen Fällen die Frauenmilch für längere Zeit haltbar und für den Gebrauch verwendbar gemacht werden konnte.

Außerdem stellten M. u. P. aus entfetteter Frauenmilch durch Trocknen im Vakuum ein Pulverpräparat her, das, mit der zehnfachen Menge Wassers versetzt, eine milchige Flüssigkeit bildet, die zur Ernährung für Säuglinge geeignet ist. Dieses Frauenmilchpulver ist viel länger haltbar (ca. $^1/_2$ Jahr) als die flüssig konservierte Frauenmilch.

M. u. P. verwendeten die Frauenmilchkonserve in 100 genau klinisch beobachteten Fällen. Erfolge erzielten sie in der Ernährung

bei den wichtigsten, für eine Säuglingsabteilung in Betracht kommenden Fällen. (Bei allen Arten von Ernährungsstörungen, ferner bei Lues congenita, Neugeborenen, Früh- und Schwachgeborenen, bei pathologischen Mund- und Rachenbildungen.) Von den 100 Versuchen betreffen 80 die Verwendung von flüssiger, mit Perhydrol oder Calcodat konservierter Frauenmilch. Von diesen 80 Fällen war der Ernährungserfolg in 63 Fällen ein sehr zufriedenstellender, in 17 Fällen führte die Ernährung mit der Konserve zu keinem Ziele; es waren dies jedoch durchwegs schwere Ernährungsstörungen, die wahrscheinlich auch an der Brust nicht wären zu retten gewesen. In keinem Falle jedoch konnten die Autoren eine schädliche Wirkung des zugesetzten Wasserstoff- oder Calciumsuperoxyds feststellen.

Bei den übrigen 20 mit Frauenmilchpulver ernährten Säuglingen haben M. u. P. in 15 Fällen gute Ernährungserfolge erreicht; in 5 Fällen war mit diesem Pulverpräparate keine Besserung zu erzielen.

Indiziert ist die konservierte Frauenmilch als Heilnahrung in jenen Fällen, in denen Brustmilch gereicht werden soll. Besondere Indikationen liegen vor bei sauguntüchtigen und bei luetischen Kindern, die nicht an die Brust gelegt werden können.

Nach den Erfahrungen von M. u. P. eignet sich diese Ernährung für den Spitalbetrieb gerade jener Säuglingsabteilungen, in denen zuweilen Überfluß an Frauenmilch, zuweilen aber Mangel daran herrscht. Gewiß wird eine Brusternährung vorzuziehen sein, doch bildet die Ernährung mit konservierter Frauenmilch ein Surrogat, das der Brusternährung auch in ihren therapeutischen Erfolgen am nächsten kommt.

Schick.

E. Andronescu, Die Anwendung des Salvarsans bei hereditärer Lues. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Bukarest.) (Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 16.) A. schließt seine Arbeit mit den Worten: „Wir glauben, diese Fälle sind ganz überzeugend, sowohl in Hinsicht auf die Unschädlichkeit des Präparats, wie auch in bezug auf die außerordentliche Heilwirkung bei Kindern. Die direkte Behandlungsmethode ist bei Kindern leicht anwendbar und hat dieselbe Wirkung wie die indirekte, welche — wir müssen es gestehen — ganz unerwartete Resultate gibt. Das neue Präparat bietet jedenfalls eine Waffe mehr gegen eine so schreckliche Krankheit, wie es die Syphilis ist. Wir sind der Meinung, daß seine Anwendung bei Kindern mit hereditärer Lues unbedingt nicht zu unterlassen und geeignet ist, viele junge Leben zu retten, die sonst dem Tode verfallen. Kein anderes Mittel hat eine so schnelle und gute Wirkung bei hereditärer Syphilis, bei der alles von der Schnelligkeit der Therapie abhängt. Jedes Kind mit Heredolues muß sofort der Salvarsantherapie unterworfen werden, denn nur auf diese Art können wir ihm eine normale Entwicklung, gutes Allgemeinbefinden und eine absolute Genesung verbürgen."

Grätzer.

H. Neumann (Berlin), Die Bedeutung des Fazialisphänomens jenseits des Säuglingsalters. (Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 17.) Das Fazialisphänomen kommt jenseits des Säuglingsalters nur bei neuropathischen Kindern vor und ist bei ihnen sehr häufig.

Es ist daher ein wertvoller objektiver Hinweis auf die neuropathische Konstitution; es vererbt sich ebenso wie überhaupt die tetanoide Übererregbarkeit zusammen mit der Neuropathie als eine ihrer eigenartigen Ausdrucksweisen. **Grätzer.**

A. v. Panta, Die kindlichen Diathesen und das alpine Hochgebirge. (Aus dem Kinderheim „Belmunt" in St. Moritz.) (Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 23.) Verf. hat bei Kindern mit exsudativer Diathese, namentlich Asthmakindern, sehr befriedigende Erfolge gesehen.

Man kann die günstige und heilende Wirkung der Klimafaktoren auf das Krankheitsbild der exsudativen Diathese zusammenfassend auf folgende Momente zurückführen:

1. Auf die Hebung des Allgemeinbefindens und der erhöhten unbewußten Arbeitsleistung.
2. Auf die spezifisch blutbildenden Eigenschaften der Klimareize.
3. Auf die Hebung der organischen Widerstandskraft.
4. Auf die resorbierenden Eigenschaften des Klimas.

Ähnlich wie die Krankheitsgruppe durch das Klima beeinflußt wird, verhält es sich mit den übrigen kindlichen konstitutionellen Leiden, der Skrofulose und dem Arthritismus. Auch diese Konstituionsanomalien bilden absolute Indikationen zu Hochgebirgskuren. Es ergibt sich dies schon aus dem Wesen dieser Krankheiten und aus der großen Verwandtschaft der einzelnen Krankheitsbilder unter sich.

Selbstverständlich soll bei diesen Asthmatikern auch während des Hochgebirgsaufenthaltes eine sachgemäße Diät strenge durchgeführt werden, und die Unterbringung dieser Kinder in Anstalten ist schon aus diesem Grunde geboten. Jedenfalls wäre es falsch, solche nervöse Individuen dem Hotelleben preiszugeben oder sie einer noch so gewissenhaften englischen Miß oder einer Bonne lange Zeit anzuvertrauen. Gerade für solche Kinder ist es eine große Wohltat, sie aus dem alten Milieu herauszureißen und unter Kinder zu bringen. Von solchen Momenten hängt ein wesentlicher Teil des Erfolges ab, und Verf. war oft überrascht, wie solche nervösen, oft von Unarten behafteten Kinder nach kurzem Anstaltsleben dazu beitrugen, bei Schule und Vergnügen eine aufrichtige Kameradschaft zu gründen. Durch solche Schulen geht ein frischer und gesunder Zug, wie er im Salon einer Erzieherin kaum zu treffen ist!

Die Anpassung an das Klima macht sich bei den Kindern im allgemeinen sehr rasch, und man beobachtet nur selten Akklimatisationsstörungen. Dies berechtigt uns aber keineswegs, gewisse Vorsichtsmaßregeln während der ersten Aufenthaltszeit zu übergehen, vielmehr ist eine ärztliche Überwachung absolut angezeigt, und Mißerfolge einer Kur rühren sehr häufig von einer mangelhaften Akklimatisation her.

Fragt man, wie lange die Höhenkur für ein Asthmakind zu dauern habe, so ist die Intensität der Krankheitserscheinungen dabei maßgebend, und Verf. sah erst dann bleibende Erfolge, wenn der Aufenthalt etwa auf 1 Jahr ausgedehnt wurde. Allerdings ist seine Statistik noch sehr bescheiden, und er hofft, daß die vielen Asthmatiker,

die nach dem Belmunt kommen, die Aufzeichnungen in günstigem Sinne beeinflussen werden. Immerhin hält Verf. schon diese Erfolge im Hinblick auf die Unzulänglichkeit der bis heute geübten therapeutischen Maßnahmen und auf die Schwere der Erkrankung für hinreichend, um Eltern und Ärzten die Hochgebirgskuren für solche Kinder warm zu empfehlen. Verf. findet das Großartige dieser Kuren darin, daß sie infolge ihrer Natürlichkeit etwas Ungezwungenes darstellen, das sich so schön an die Auffassungsart des kindlichen Geistes anlehnt, und schon in diesem Umstand liegt ein wesentlicher Vorteil anderen Methoden gegenüber. Daneben besitzen wir in den Hochgebirgskuren ein Heilmittel, dessen Angriffspunkte im Organismus die denkbar günstigsten sind, und jede Therapie, die das konstitutionelle Moment übersieht, ist von vornherein zu verwerfen. Grätzer.

Joachimsthal, Über Störungen in der periostalen und endochondralen Knochenbildung. (Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 17.) J. berichtet über einige sehr interessante Fälle.

In dem ersten Falle handelte es sich um die unter der Bezeichnung Osteogenesis imperfecta oder periostale Dysplasie bekannte, meist bei totgeborenen Früchten, bei Lebenden nur selten beobachtete Erkrankung des Knochensystems, die wir auf eine Behinderung der von dem Periost ausgehenden Knochenbildung zurückzuführen haben.

In therapeutischer Beziehung empfiehlt sich die Darreichung von Phosphorpräparaten. Es ist J. auf diese Weise innerhalb eines Zeitraums von 3 Monaten gelungen, eine fast normale Gestaltung der Knochen und eine so vollkommene Heilung der verschiedenen Brüche zu erzielen, daß nunmehr auf den Röntgenbildern jede Andeutung derselben vermißt wird.

Die zweite Patientin, welche J. im Jahre 1898 in ihrem 12. Lebensjahre zum ersten Male untersuchen konnte und die er seitdem in regelmäßigen Intervallen auch mit Röntgenstrahlen nachuntersucht hatte, gehört in die Gruppe der Chondrodystrophia hyperplastica, von der namentlich Kaufmann und Johannessen charakteristische auch anatomisch untersuchte Fälle mitgeteilt haben.

Auf zweierlei Dinge möchte J. die Aufmerksamkeit bei der Besprechung der Patientin noch besonders hinlenken. Das ist einmal die während der Zeit seiner Beobachtung bei ihr eingetretene Geschlechtsreife, die sich sowohl in der Bildung der Pubes und der Entwicklung der Mammae als auch in dem regelmäßigen Auftreten der Menstruation kennzeichnet. Die Chondrodystrophie tritt damit in einen höchst auffallenden Gegensatz zu der gewöhnlichen Form des Zwergwuchses. Bleibt doch bei dieser nicht nur das Kochensystem auf einer kindlichen Stufe der Entwicklung stehen, was in einem auch röntgenologisch am Lebenden nachweisbaren Offenbleiben der Knorpelfugen weit über die gewöhnliche Altersgrenze hinaus und in der Fähigkeit der Betreffenden sich ausdrückt, noch in späteren Lebensabschnitten zu wachsen, sondern fehlt bei dieser auch jede Andeutung einer Geschlechtsentwicklung. So kann gelegentlich bei der Chondrodystrophie Gravidität eintreten. Porak berichtet über eine 27jährige Patientin, bei der einmal eine Embryotomie und ein zweites Mal

eine Sectio caesarea notwendig wurde. Das Kind bot wiederum die Zeichen der Chondrodystrophie und lebte 1 Jahr lang. In dem Falle von Baldwin wurde gleichfalls durch den Kaiserschnitt ein mit Chondrodystrophie behaftetes Kind geboren.

Die zweite Frage, die in letzter Zeit mehrfach diskutiert worden ist, betrifft die Berechtigung operativer Eingriffe zur Beseitigung der bei der Chrondrodystrophie auftretenden Verkrümmungen. Cramer hat dieselbe bestritten, Frangenheim unter Hinweis auf J.s eigene Beobachtung sie verteidigt. Die von Cramer beobachtete Wiederkehr der Verkrümmungen ist bei J.s Patientin ebensowenig wie bei dem von Frangenheim Operierten eingetreten. So bietet sich wenigstens bei der sonstigen Aussichtslosigkeit unserer therapeutischen Maßnahmen hier die Möglichkeit, den Patienten einen wenn auch nur geringen Vorteil zu verschaffen.

Im Anschluß an die besprochenen Fälle von fötalen Skeletterkrankungen berichtet J. weiter noch über einige jugendliche Patienten mit hochgradiger Neigung des Skeletts zu Verbiegungen und Infraktionen, deren Erkrankung sich in die gewöhnlichen Bilder der Knochenerweichungsprozesse nicht ohne weiteres einfügen läßt.

Die meiste Ähnlichkeit mit diesen Fällen bieten in der Literatur die von Curschmann, Roos und Rath mitgeteilten Beobachtungen, in denen Mädchen im Alter von 11 bis 14 Jahren an einem mehrjährigen Knochenleiden erkrankten, das unter starken Schmerzen zu einer Auftreibung der Epiphysen, einer allmählich zunehmenden Verkrümmung der Extremitätenknochen und schließlich zur vollkommenen Gehunfähigkeit führte. Die Skiagramme zeigten in den Fällen von Roos und Rath gleichfalls Spontanfrakturen an den Röhrenknochen sowie die für die infantile Rachitis charakteristischen Veränderungen an den Intermediärknorpeln. Den Gegensatz dazu bilden die von Siegert, Sauper, Anschütz und Axhausen publizierten Fälle, in denen zwischen dem 9. und 16. Lebensjahre durch ein malignes Fortschreiten gekennzeichnete Erweichungsprozesse an den Knochen, auch des Rumpfskeletts, bei geringer oder mangelnder Beteiligung der Epiphysen auftraten.

Wenn wir nach dem klinischen Verhalten auch Neigung besitzen, diese Fälle als in die Gruppe der Osteomalazie gehörig aufzufassen, so werden wir in J.s Fällen namentlich mit Rücksicht auf die starke Beteiligung der Epiphysengrenzen an eine wenn auch ungewöhnliche Form der Rachitis zu denken geneigt und uns dabei des Umstandes bewußt sein, daß hier noch zum Teil unaufgeklärte Störungen vorliegen, deren Kenntnis nur durch weitere Untersuchungen gefördert werden kann.

Der letztbesprochene Krankheitsfall unterscheidet sich von den Fällen von Spätrachitis in wesentlicher Weise dadurch, daß sich hier die Epiphysenzonen, soweit dies bei der Röntgenuntersuchung festzustellen ist, normal verhalten, ebenso die Diaphysen in dem größten Teile ihrer Ausdehnung, daß dagegen im Bereiche der Metaphysen lokalisierte Erweichungsprozesse, die zum Teil, wie am unteren Ende der Ulna, sich streng auf einzelne Herde beschränken, zustande ge-

kommen sind, welche zu den auffälligsten Deformierungen scheinbar im Bereiche der Gelenke, tatsächlich aber oberhalb derselben, Veranlassung gegeben haben.

Es handelt sich hier um ein Krankheitsbild, für das J. ein Analogon in der Literatur aufzufinden bisher nicht in der Lage war, und dessen ätiologische Momente noch vollkommen im Unklaren liegen.

Grätzer.

F. Göppert, Zur Behandlung der akuten spastischen Bronchitis des frühesten Kindesalters im Anfall. (Ebenda.) Unter spastischer Bronchitis begreifen wir ein Krankheitsbild, das zu den asthmatischen Anfällen der späteren Jahre die engsten Beziehungen zeigt und daher auch z. B. von Comby als Asthma schon im Säuglingsalter bezeichnet wird. Während dieser Autor aber die Anfälle als eine typische Manifestation der Diathèse neuro-arthrétique bezeichnet, rechnet Czerny die Krankheit zu einer der typischen Erscheinungsformen der exsudativen Diathese. Sämtliche Fälle, die G. bisher gesehen hat, zeigen in ausgesprochenster Art auch alle sonstigen Symptome derselben. Doch verleiht die eigentümliche Reaktion ihres Nervensystems diesen Patienten eine Sonderstellung unter den übrigen Kranken dieser Gruppe.

G. wandte früher das Chloralhydrat an, das ihm aber doch für Kinder im ersten Lebensvierteljahr zu gefährlich erschien. Er benutzte dann das Urethan, das er warm empfehlen kann.

Wenn wir aber im Kindesalter Erfolge erzielen wollen, dürfen wir uns keiner zu kleinen Dosen bedienen. Im ersten Vierteljahr ist per os 0,5, später bis zu 1,5 g im ersten, 2 g im zweiten Jahre zu reichen. Per Klysma ist die doppelte, bei den größeren Dosen etwa um $^1/_2$ mal stärkere Dosis zu wählen. Die gleiche Dosis darf stets nach $^3/_4$ Stunden wiederholt werden. Gerade die letztere Anwendungsweise ist zweifellos oft von Vorteil. Wir dürfen uns um so weniger vor diesen von Bertling gefundenen Dosen fürchten, als uns die Erfahrung lehrt, daß wir sie ungescheut bei um Luft ringenden Herzkranken und erregten Bronchopneumonikern anwenden dürfen.

Die Harmlosigkeit des Urethans erlaubt uns es auch da anzuwenden, wo wir nicht so klar sehen in der Natur des Leidens, wie bei den klassischen Fällen von spastischer Bronchitis. Häufig sehen wir bei Bronchopneumonien zeitweise Verschlimmerungen mit Erregung. Es scheint, als ob mitunter auch hierbei der Bronchialmuskelkrampf eine Rolle spiele, zum mindestens ist aber die Erregung kein Vorteil für die Atmungsmechanik. Auch in diesen Fällen ist die Anwendung des Urethans gestattet. Der Grad der erzielten Wirkung erlaubt uns dann diagnostische Rückschlüsse, wie weit einerseits Spasmus oder Erregung, wie weit andererseits der Fortschritt der anatomischen Erkrankung die Verschlimmerung des Zustandes des Patienten bedingen.

Grätzer.

R. Klotz, Zur Ätiologie der Rachitis, auf Grund ihrer therapeutischen Beeinflussung durch Hypophysenmedikation. (Aus der Univers.-Frauenklinik zu Tübingen.) (Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 21.) Das Medikament, das K. therapeutisch

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

verwendete, ist ein neues Hypophysenpräparat: das Hypophysochrom[1]), der phosphorhaltige Farbstoff der Hypophyse, der durch Schütteln der getrockneten Drüsensubstanz mit Alkohol und Äther gewonnen wird.

Zur Anwendung dieses Mittels kam K. auf Grund folgender Überlegung. Bab und Neu wandten Pituitrin (Hypophysenhinterlappenextrakt) mit Erfolg bei Osteomalazie an. Derselbe war jedoch inkonstant; einmal versagte Pituitrin sogar vollständig, in diesem Falle tat hingegen Phosphor gute Dienste — der heilsame Einfluß des Phosphors bei der Osteomalazie ist ja seit langem schon bekannt. Nun ist aber die Hypophyse besonders reich an Phosphor, wie andere Drüsen wiederum andere Elemente in besonderer Menge aufweisen, so z. B. die Schilddrüse das Jod, die Nebenniere den Schwefel. So, wie wir der Schilddrüse eine führende Rolle in dem Jodstoffwechsel zuschreiben, sollten wir doch demnach berechtigt sein, für die Hypophyse eine entsprechende Rolle im Phosphorstoffwechsel in Anspruch zu nehmen, zumal wir heutzutage doch immer mehr Einblick in den wichtigen Einfluß der Drüsen mit innerer Sekretion auf den Mineralstoffwechsel des Organismus gewinnen.

Unsere Kenntnisse über den Phosphorstoffwechsel überhaupt sind nicht groß; bei der Osteomalazie sind wir ungenau über denselben infolge der nicht übereinstimmenden Untersuchungsresultate orientiert; bei der Rachitis ist es etwas besser darum bestellt. So fand Schabad z. B., daß durch Phosphorlebertran die Retention des Kalkes und des Phosphors bei rachitischen Kindern gesteigert wird. Während auch Lebertran allein eine ähnliche Fähigkeit, allerdings in geringerem Maße, aufwies, führte Phosphor allein, als Element verabreicht, einen Kalkansatz nicht herbei. Was günstig im Lebertran wirkt, darüber war man sich nie ganz klar; im allgemeinen sprach man die Fette als die wirksame Substanz an. Neuere Versuche von Schabad und Sorowitsch zeigen jedoch, daß die Fette es nicht sein können, die den heilsamen Faktor bilden.

Neben dem Hauptbestandteil: dem Fett — das 99,70% ausmacht — sind im Lebertran ansehnliche Mengen von Phosphorsäure enthalten, aller Wahrscheinlichkeit nach als Nukleinphosphorsäure des Nukleins und als Glyzerinphosphorsäure des Lezithins. Es ist dies auch verständlich, wenn man bedenkt, daß der Lebertran durch ein Auslaugen der faulenden Leber gewonnen wird, die ja als nukleinreiches Organ bekannt ist. Es dürfte also als wirksames Prinzip des Lebertrans wohl sein Phosphorreichtum in Erwägung zu ziehen sein. Es steht fest, daß der Phosphor als solcher in Substanz keinen günstigen Einfluß auf Rachitis ausübt, vielleicht weil er dann in einer dem Körper nicht entsprechenden Form einverleibt wird. Wenn derselbe jedoch in einer adäquaten Verbindung dargeboten wird, als

[1]) Das Hypophysochrom wird in Tabletten von der chemisch-pharmazeutischen Fabrik Dr. Laboschin, Levetzowstr. 23, Berlin, geliefert. Man beginnt mit einer Tablette täglich zu zwei Malen gereicht, steigert alle 2 Tage um eine Tablette bis zu 3 Stück täglich (bei Kindern über $1^1/_2$ Jahren bis zu 4 bis 5 Stück) und bleibt auf dieser Höhe. Das Präparat wurde K. in freigiebigster Weise von Dr. Laboschin zu seinen Versuchen umsonst zur Verfügung gestellt.

Nuklein- oder Glyzerinphosphorsäure — im Lebertran z. B. —, so ist er wohl imstande, am Organismus anzugreifen.

Um sich darüber Klarheit zu verschaffen, wählte K. im Vorversuch ein Lezithinpräparat: den Lezitholmalzextrakt, der in 100 g 2,5 g reines Lezithin enthält. In den 3 Fällen, wo er ihn anzuwenden Gelegenheit fand, trat nach kurzer Zeit (etwa vom 14. Tage an) eine deutliche Besserung der statischen Funktionen und vor allem eine beträchtliche Besserung des Allgemeinbefindens ein. Dieses ließ bei dem einen Kind fäst wie im Experiment wieder nach, als man mit dem Präparat aussetzte, und mit Verabfolgen desselben trat sie wieder ein. Einen Fall behandelte K. nachträglich, weil die Besserung nur langsame Fortschritte machte, mit Hypophysochromtabletten (es ist dies Fall 5 der Tabelle), worauf prompt eine Beschleunigung der Heilung einsetzte.

Hatte K. mit der Zuführung des Phosphors in Form von Lezithin schon gute Erfolge zu verzeichnen, so, folgerte er, dürfte der Phosphor seine volle Wirkung am besten entfalten, wenn er dem Organismus in der Form gereicht würde, in welcher er in der, den Phosphorhaushalt beherrschenden Drüse vorhanden ist, nämlich: als phosphorhaltiger Farbstoff der Hypophyse. K. kombinierte diese Therapie mit Gaben von kohlensaurem Kalk (eine Messerspitze täglich), weil die gleichzeitige Verabreichung von Kalk den Knochenaufbau beschleunigen soll. Er kann zwar leider nur mit einer sehr bescheidenen Zahl von 5 Fällen aufwarten, aber der Erfolg bei allen 5 behandelten Kindern war ein derartig eindeutiger, daß eine Auslegung des Resultates als Zufallstreffer wohl auszuschließen ist. Vorausgeschickt sei, daß sich 2 Kinder unter ihnen befanden, die schon längere Zeit vorher spezialistisch mit Phosphorlebertran, Phytin, Fortossan usw. ohne jeden Erfolg behandelt wurden, es durchaus also nicht nur leichte Fälle von Rachitis waren, die K. zur Verfügung standen. Wie man aus seiner Tabelle ersieht, legte er besonderen Wert neben Beobachtung der statischen Fortschritte und dem Nachlassen der Knochenschmerzhaftigkeit auf das Festerwerden der Fontanelle, das Wachstum der Zähne, die Zunahme des Appetites, die Besserung des Ernährungszustandes und die Veränderung des ganzen Wesens. Sämtliche Kinder (im Alter von 1 bis ca. 2 Jahren) konnten vor der Behandlung weder stehen noch laufen, zum Teil auch nicht sitzen und zeigten stets bei entsprechenden Versuchen lebhafte Unlustgefühle.

Durch eine 5—6 wöchentliche Kur sämtliche — zum Teil schon erfolglos vorbehandelte — Kinder zum Laufen gebracht, der Ernährungszustand bedeutend gebessert, das gedrückte mürrische Wesen vollständig umgewandelt! Und dabei kann man das Tempo der Heilung entschieden noch beträchtlich beschleunigen, da K. vorsichtshalber extrem kleine Dosen gab und auch längere Zeit beibehielt, bis er sich überzeugte, daß man dieselben unbeschadet erheblich vergrößern kann.

Auf Grund der Versuche dürfte der Schluß wohl zulässig sein, daß der verabfolgte Hypophysenfarbstoff als Stimulans auf die den Phosphorhaushalt beherrschende Hypophyse wirkte und auf diese Weise eine — teilweise — Unterfunktion derselben behob. Ob außer-

dem noch die Tätigkeit anderer Drüsen mit innerer Sekretion bei diesen Krankheiten eine Rolle spielt, ob z. B. bei der Osteomalazie der Einfluß einer Überfunktion der Ovarien — wenigstens zuweilen — sich geltend macht, da die Kastration ja in manchen Fällen die Osteomalazie heilt, dies anzunehmen, liegt nahe bei den engen Beziehungen, die man neuerdings zwischen Ovarium und Hypophyse bei der experimentellen Osteomalazie, der experimentellen Kastration und der Akromegalie kennen gelernt hat, ist aber nicht bewiesen — wie wir uns leider überhaupt hier noch ganz auf dem Boden von Hypothesen bewegen. Grätzer.

K. Blühdorn, Unsere Diphtherieerfahrungen 1910/1911. (Aus dem Rud. Virchow-Krankenhause in Berlin.) (Münchener med. Wochenschr. 1912. Nr. 23.) Auch bei dieser Epidemie hat sich die frühzeitige Injektion des Serums bestens bewährt.

„Wir gewannen nun bei einer großen Zahl der am 1. oder 2. Tage aufgenommenen Fälle den Eindruck, daß es sich um schwere, rasch progrediente Erkrankungen handelte. Die Kranken fühlten sich subjektiv sehr elend, und im Rachen fanden sich ausgebreitete diphtherische Beläge. Wenn wir nun unter sofort eingeleiteter Serumbehandlung von 151 solcher mehr oder weniger schweren Kranken nur 4 durch den Tod verloren und bei den anderen einen Stillstand des lokalen Prozesses und rasche Besserung des subjektiven und objektiven Zustandes sahen — über eingetretene postdiphtherische Krankheiten soll bald berichtet werden —, so können wir an einem günstigen Einfluß des Serums wohl kaum zweifeln. Erwähnt sei hier, daß wir allerdings bei starken Belägen auch schon am 1. oder 2. Tage relativ hohe Dosen Serums (bis 9000 I.-E.) verwandten und diese Gabe eventuell am nächsten Tage wiederholten. Trotz der hohen Serumdosen konnten jedoch Komplikationen in einer Anzahl auch früh eingelieferter Fälle nicht verhindert werden. So ist unser einziger Fall, den wir an einer universellen postdiphtherischen Lähmung verloren, nach der Anamnese — es handelte sich um eine 30 jährige Frau — am zweiten Krankheitstage in unsere Behandlung gekommen und wegen des schweren Lokalbefundes sofort mit 10000 I.-E. gespritzt worden. Wir haben in diesem Falle schwerer Lähmung und auch in einer Anzahl Fällen von postdiphtherischer Herzschwäche nach den günstig lautenden Angaben französischer Autoren im Verlaufe der Krankheit verschiedentlich nochmals hohe Serumdosen (20—30000 I.-E.) injiziert, ohne jedoch je einen Erfolg gesehen zu haben."

„Was die Applikationsweise des Serums anbetrifft, so geschieht diese bei uns seit langem intramuskulär, in eiligen Fällen spritzen wir auch intravenös, jedenfalls wird wegen der zu langsamen Resorption nie mehr subkutan injiziert.

Unsere sonstige Behandlungsweise ist die bei Halsentzündungen übliche. Als sehr nützlich erwies sich uns in schweren Fällen mit starken Belägen ein permanenter Wasserstoffsuperoxydspray, dem die Patienten Tage und Nächte ununterbrochen ausgesetzt sind. Die Apparate, die bei uns direkt mit der Dampfheizung in Verbindung sind, erweisen sich als äußerst praktisch.

Während über die Behandlung der Lähmungserscheinungen nichts Besonderes zu erwähnen ist, möchte ich noch an die Anwendung eines Mittels erinnern, das wir in Fällen von postdiphtherischer Herzschwäche, die ja mit einer Blutdrucksenkung einhergeht, wohl manchmal mit Erfolg angewandt haben, des Adrenalins. Wir benützten es in der Form des käuflichen Epirenans und injizierten es subkutan (cave intravenös!) in Dosen von 1—5 ccm pro die. Es wird sich empfehlen, dieses Mittel stets zu versuchen, wenn man auch in schweren Fällen nicht oft einen Erfolg sehen wird.“ Grätzer.

W. Leede, Die Tracheotomia inferior mit kleinem queren Hautschnitt bei Diphtherie und ihre Nachbehandlung. (Aus dem Krankenhause Hamburg-Eppendorf.) (Ebenda.) Verf. teilt eine Methode mit, bei der große Hautwunden, schwere Blutungen und Gefäßunterbindungen, sowie große Trachealinzision und größere Wundhöhlen vermieden werden. Grätzer.

R. Hilbert (Sensburg), Schichtstarbildung durch vier Generationen einer Familie. (Ebenda.) Die Vererbung der Abnormität erstreckte sich nur auf die weiblichen Mitglieder. Verwandtenehen hatten nicht stattgefunden. Grätzer.

W. v. Starck, Diabetes mellitus im Anschluß an Pertussis. (Aus dem Kinderhospital in Kiel.) (Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 24.) Interessanter Fall. Grätzer.

Lenzmann, Über Beeinflussung des Scharlachs durch intravenöse Salvarsaninjektionen. (Aus dem Diakonenkrankenhause in Duisburg.) (Medizin. Klinik. 1912. Nr. 17.) L. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Behandlung des Scharlachs durch intravenöse Salvarsaninjektionen, beziehungsweise auch subkutane Infusionen starker Verdünnungen des Mittels übt einen günstigen Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung aus. 2. Vor allem ist auf Grund der oben angeführten Beobachtungen die Annahme berechtigt, daß gefährliche Komplikationen verhütet werden. 3. Bei vorsichtiger Dosierung ist die Behandlung gefahrlos. Grätzer.

Kober (Halle a. S.), Über die ominöse Form des Erythema nodosum. (Medizin. Klinik. 1912. Nr. 19.) K. schreibt: „Eine Hautkrankheit, die für gewöhnlich eine harmlose Affektion ist, zuweilen aber doch für den Gesamtorganismus eine nicht zu unterschätzende Bedeutung gewinnen kann, stellt das Erythema nodosum dar. Zweifellos verläuft die Krankheit in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle so gutartig, daß der behandelnde Arzt nicht allzuviel Gewicht auf die Beziehungen legen wird, die auch dieser Ausschlag zu dem ganzen Körper haben kann. Daß es aber auch Fälle gibt, in denen das Erythema nodosum ein sehr beachtenswertes Symptom einer ernsten Allgemeinerkrankung sein kann, lehrte mich folgende Beobachtung:

Zu Anfang dieses Jahres wurde in meine Sprechstunde ein 6jähriges Mädchen gebracht, das nach Angabe der Mutter seit 5 Tagen unter sehr unbestimmten Zeichen erkrankt war. Täglich sollte die Temperatur mehrere Stunden lang ansteigen, bis zu 39° C., und dann wieder langsam abfallen. Dabei hätte das Kind

keinen Appetit, wäre sehr teilnahmlos und körperlich sehr hinfällig. Ich fand ein schlecht genährtes, auffallend blasses Mädchen von äußerst grazilem Knochenbau und schlaffer Muskulatur. Temperatur normal. Puls klein und beschleunigt. Zunge belegt. Gaumenmandeln vergrößert, aber ohne Belag. Rachenmandeln ebenfalls deutlich vergrößert. Zu beiden Seiten des Halses zahlreiche Drüsenschwellungen. Sonst aber war an den inneren Organen absolut nichts Positives zu finden.

Wenige Tage darauf wurde ich in die Wohnung des Kindes gerufen. Ich stellte selbst 39,1° C. fest, konnte sonst aber keinerlei andere krankhaften Erscheinungen als bei der ersten Untersuchung feststellen. Und nun wiederholte sich täglich das gleiche rätselhafte Spiel, im ganzen volle 2 Wochen lang. Im Laufe des Nachmittags stieg die Temperatur stetig an, erreichte in der Nacht bis 39° C. und darüber und fiel sehr langsam wieder ab, so daß das Kind meist erst gegen Mittag völlig fieberfrei war. Trotz sorgfältigster Untersuchung des ganzen Körpers war an den inneren Organen jeden Tag ebensowenig zu finden wie am vorhergehenden. Dabei wurde das Kind zusehends matter und hinfälliger. Der Appetit lag ganz darnieder. Jedes Interesse an der Umgebung war geschwunden. Die Stimmung wurde immer reizbarer. Bei jeder Untersuchung fing das Mädchen an heftig zu schluchzen und zu weinen. Merkwürdigerweise klagte es dabei niemals über Schmerzen, so oft man es auch fragen mochte. Nachdem dieser für den Arzt wie für die Angehörigen wenig behagliche Zustand der Ungewißheit im ganzen 14 Tage angehalten hatte, trat so plötzlich und unerwartet wie ein Deus ex machina an beiden Unterschenkeln, und zwar an der Vorderfläche der Tibia, ein typisches Erythema nodosum auf, das in den nächsten Tagen mit einigen spärlichen Effloreszenzen noch auf den Bauch und die beiden Vorderarme überging. Und jetzt klagte das Kind auch zum erstenmal über Schmerzen, nämlich im linken Schulter- und rechten Sterno-clavicular-Gelenk. Die befallenen Gelenke zeigten geringe Schwellung, die allerdings zugleich mit den Schmerzen nach wenigen Tagen wieder verschwand. Schon am dritten Tage nach Ausbruch des Erythems war das Kind dauernd fieberfrei. Die kleine Patientin erholte sich aber im ganzen auffällig langsam. Erst 14 Tage nach Abfall des Fiebers war sie körperlich wieder so weit gekräftigt, daß sie das Bett verlassen konnte.

Ein am Tage des Erythemausbrauchs zugezogener Kollege hatte meine Diagnose bestätigt, im übrigen aber ebenfalls keine krankhaften Veränderungen an den inneren Organen feststellen können. Und doch machte der ganze Verlauf der Krankheit, insonderheit das 14tägige fieberhafte Prodomalstadium, es in hohem Grade unwahrscheinlich, daß das Erythem in diesem Falle als selbständige Krankheit aufgetreten war, vielmehr war anzunehmen, daß es nur ein lokales Symptom einer Allgemeinerkrankung sein konnte. Die Natur dieses allgemeinen Leidens war nicht schwer zu vermuten. Schon die Anamnese wies darauf hin. Das Mädchen, das ich selbst schon seit vier Jahren kenne, war, abgesehen von einer Masern- und Diphtherieerkrankung, bisher stets gesund gewesen. Wohl aber war der Vater des Kindes, ein Mann von ausgesprochenem Habitus phthisicus, vor einigen Jahren von mir wegen einer schweren Pleuritis exsudativa behandelt worden. In der nächsten Verwandtschaft waren zwei Todesfälle an Lungentuberkulose vorgekommen. Und bei dem Kinde selbst hatten die sich immer wiederholenden Fieberattacken schon vor dem Ausbruch des Erythems es mir wahrscheinlich gemacht, daß den sichtbaren Drüsenschwellungen am Hals unsichtbare im Brustkorb entsprochen würden. Die hervorragende Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Frühdiagnose der Tuberkulose zeigte sich auch hier. Eine Röntgenaufnahme der Brusthöhle ließ mit unzweifelhafter Klarheit Anschwellungen der beiderseitigen Hilusdrüsen erkennen. Und daß diese wirklich tuberkulöser Natur sein mußten, bewies der positive

Ausfall der überdies noch angestellten Pirquetschen Reaktion. Die Lungenfelder selbst zeigten auf der Platte, dem oft erhobenen physikalischen Befund entsprechend, keinerlei pathologische Veränderungen.

Was nun die Stellung des Erythema nodosum in diesem Symptomkomplex anbetrifft, so ist dieser Hautausschlag in dem vorliegenden Falle keine selbständige Erkrankung, keine einfache Dermatitis. Das Erythema nodosum entsteht unmittelbar im Anschluß an einen Fieberausbruch, nicht aber erst nach 14 Tage anhaltenden Fieberattacken. Die ganz auffällig schwere Prostration des Mädchens würde ebenfalls kaum durch den Ausschlag, der an sich gar keine Beschwerden verursachte, zu erklären sein. Vielmehr ist doch anzunehmen, daß das Erythem erst durch die tuberkulöse Infektion hervorgerufen worden ist. Ebenso wie bei Scharlach, Masern, Typhus die betreffenden Hautausschläge erst durch diese Infektionen erzeugt werden, und zwar durch die Einwirkung der entsprechenden Bakterientoxine auf die Haut, so ist auch in diesem Falle das Erythema nodosum als ein toxisches, veranlaßt durch die Infektion des Körpers mit Tuberkelbazillen, aufzufassen. Wir kämen also hier zu dem Begriffe des tuberkulösen Exanthems. Uffelmann gebührt das Verdienst, auf diesen Zusammenhang zuerst hingewiesen zu haben, und zwar zu einer Zeit, als man noch nichts vom Tuberkelbazillus und noch nichts von Röntgenstrahlen wußte. Schon 1873 und 1876, in dem A. f. kl. Med., zeigte er in einer Statistik von insgesamt 17 Fällen die Bedeutung des Ausschlags bei zur Tuberkulose disponierten Individuen und prägte zuerst das Wort von der „ominösen Form des Erythema nodosum". In allen seinen Fällen, mit einer einzigen Ausnahme, handelte es sich um das kindliche Alter, und zwar in der überwiegenden Majorität um Mädchen. Stets waren es Kinder von überaus zarter Körperkonstitution, großer Muskelschwäche und außergewöhnlicher Blässe. Die Zahl der roten Blutkörperchen war gewöhnlich herabgesetzt, die der weißen vermehrt. Durch diesen Blutbefund erklärte sich Uffelmann die auffallende Schlaffheit dieser Kinder. In einem Falle ging ebenfalls, wie in meinem, ein 14tägiges Prodromalstadium dem Ausbruche des Erythems voraus. Das Allgemeinbefinden war immer in einer Weise gestört, die in keinem Verhältnis stand zu den objektiven Veränderungen. Auch Uffelmann konnte in allen seinen Fällen keine Erkrankung der inneren Organe feststellen, insonderheit keine tuberkulösen. Eine Erkältung, wie sonst so häufig bei dem Erythema nodosum, war nie voraufgegangen. Wohl aber war fast immer die tuberkulöse Belastung nachzuweisen. Meistens waren die nächsten Anverwandten an Tuberkulose erkrankt oder gestorben. Alle Fälle zeigten endlich eine außerordentlich langsame Rekonvaleszenz. Oft war noch nach Monaten nicht das frühere Wohlbefinden erreicht. Drei Kinder erkrankten bald nach dem Verschwinden des Erythems in manifester Weise an Tuberkulose, und eins von diesen ging sogar in kurzer Zeit daran zugrunde.

Wir haben somit alle Ursache, einen fundamentalen Unterschied zu machen zwischen der einfachen und ominösen Form des Erythema nodosum. Die erste stellt ein harmloses selbständiges Leiden, die

zweite dagegen ein sehr beachtenswertes und prognostisch bedenkliches Symptom einer schweren inneren Erkrankung dar. Bei allen Kindern, die aus tuberkulösen Familien stammen und außerdem durch ihre körperliche Beschaffenheit für diese Krankheit in hohem Maße disponiert sind, werden wir daher den Ausbruch eines Erythema nodosum stets besonders ernst zu nehmen haben und uns durch dieses Warnungszeichen noch mehr wie sonst verpflichtet fühlen, mit allen Mitteln moderner Diagnostik, die Uffelmann bei seiner Statistik noch nicht zur Verfügung standen, die wahre Natur des Grundleidens zu ermitteln. Darin scheint mir eben die Hauptbedeutung dieser ominösen Form zu liegen, daß sie ein Frühsymptom der tuberkulösen Infektion darstellt, das heißt zu einer Zeit auftritt, wo wir durch geeignete prophylaktische Maßnahmen ein Fortschreiten der Krankheit in den meisten Fällen noch verhüten können.“ Grätzer.

Brückner, Die Diät beim Scharlach. (Aus der Inneren Abteil. der Kinderheilanst. in Dresden.) (Fortschritte d. Medizin. 1912. Nr. 34.) B. hat seit dem 1. Januar 1911 allen Kranken der Scharlachabteilung die gewöhnliche gemischte Krankenkost ohne jede Einschränkung reichen lassen. Bei schwererem initialen Allgemeinbefinden oder Diphtheroïd bekamen die Kinder natürlich auch vorwiegend Milch, da sie ihnen in diesem Zustand am leichtesten beizubringen ist. Bei Abneigung dagegen und stark darniederliegendem Appetit hat B. auch in diesen Fällen von Bouillon mit Einlage, Ei, namentlich aber von frisch ausgepreßtem Fleischsaft ausgiebigen Gebrauch gemacht, dabei immer auf reichliche Wasserzufuhr, unter Umständen mittels eines Tröpfcheneinlaufs, gehalten.

Mit gemischter Kost wurden ernährt und bis zum vollständigen Abschluß ihrer Krankheit beobachtet 93 Kinder. Von ihnen bekamen 2 eine Nephritis.

In den Jahren 1907—1910 hat B. während der ersten 3 Wochen eine moderierte Milchdiät einhalten lassen, bestehend aus Milch und verschiedenen Zusätzen je nach dem Geschmack, Gebäck, trocknem und grünem Gemüse, Obstsuppen unter Ausschluß von Fleisch und Bouillon. Von 148 auf diese Art ernährten Kindern bekamen 5 eine Nephritis.

In den beiden vorhergehenden Jahren wurden von B.s Vorgänger Fritz Förster 73 Kinder mit allerstrengster Milchdiät behandelt. Von ihnen bekamen 2 eine Nephritis.

Es war B. eine Genugtuung und ermutigte ihn, auf dem eingeschlagenen Wege fortzufahren, als ihm die Arbeit von Pospischill und Weiß über das zweite Kranksein beim Scharlach in die Hände kam. Diese Autoren haben den gleichen Versuch an einem imponierend großen Material, nämlich an rund 2400 Kindern durchgeführt, von denen die eine Hälfte mit Milch, die andere gemischt ernährt wurde. In beiden Serien betrug die Häufigkeit der Nephritis knapp 10%. B.s Zahlen an sich sind zu klein, um zu weitgehenden Schlüssen zu berechtigen. Aber ihre Übereinstimmung mit den oben erwähnten rechtfertigt wohl die Mitteilung.

Nach alledem meint B., daß die Milchdiät beim Scharlach eine liebe alte Gewohnheit ist, die wir ohne Schaden für unsere Kranken aufgeben dürfen.

Grätzer.

H. Vogt, Zur Prophylaxe und Ernährungstherapie der Lungenerkrankungen im Kindesalter. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Straßburg.) (Therap. Monatshefte, August 1912.)

Aus der Arbeit sei folgendes hervorgehoben: „Ein Säugling oder ein Kind in den ersten Lebensjahren soll mit derselben Vorsicht vor Infektionen bewahrt werden, wie sie ein Chirurg bei offenen Wunden ausübt. Wenn Erwachsene an akuten Erkrankungen der Luftwege leiden, bleiben sie am besten aus der Umgebung jüngerer Kinder weg. Läßt sich dies nicht ermöglichen, so empfehlen sich entsprechende Vorsichtsmaßregeln, wie das Tragen einer Gesichtsmaske. Jedenfalls muß die Verbreitung infektiösen Materials durch intime Berührung wie Küssen usw. oder durch Anhusten peinlichst vermieden werden. Erwachsene, die mit der Neigung zu häufig rezidivierenden Anginen, Bronchitiden usw. behaftet sind, müssen für den Beruf von Kinderpflegerinnen, Erzieherinnen usw. als ungeeignet betrachtet werden.

Aus der Unkenntnis der eben besprochenen Verhältnisse erklären sich offenbar manche unrichtigen Anschauungen über die Ausbreitung von Respirationserkrankungen in Kinderspitälern. Wenn die Betten genügend weit voneinander entfernt stehen, — bei älteren Kindern dürfte ein Abstand von 1,20—1,50 m unter allen Umständen ausreichen —, und sonstige Annäherung der Kinder etwa durch gleichzeitiges Tragen durch eine Person usw. vermieden wird, so können Respirationserkrankungen nur durch das Pflegepersonal übertragen werden. Der Transport versprühter Keime durch den Luftstrom wird praktisch kaum ins Gewicht fallen. Wer die angeführten Vorsichtsmaßregeln betrachtet, der kann ruhig keuchhustenkranke Kinder im gleichen Saale mit anderen verpflegen, ohne Übertragung befürchten zu müssen. Es beruht also nicht auf „Glück“ und ist keine „unverständliche Beobachtung“, wenn man jahrelang in dieser Weise ungestraft verfahren kann, sondern verlangt nur die Kenntnis und entsprechende Ausschaltung der Infektionsquellen und -wege.

Auch die Bedeutnng, welche der Ernährung für die Entstehung und den Ablauf von Respirationskrankheiten zukommt, ist offenbar noch nicht genügend bekannt und gewürdigt. Das gilt nicht in erster Linie für die Ernährung im Verlauf der Erkrankung selbst. Daß sich hier Schwierigkeiten ergeben können, dürfte jedem Arzt aus Erfahrung geläufig sein. Sie machen sich in verschiedener Hinsicht geltend. Unter dem Einfluß der Infektion treten leicht Störungen der Verdauungsfunktionen auf. Bekannt ist das Erbrechen als häufige Begleiterscheinung eines raschen Temperaturanstieges. In anderen Fällen wieder kommt es bei derselben Nahrung, die vor Ausbruch der fieberhaften Erkrankung gut vertragen wurde, zu vermehrten Stuhlentleerungen von abnormer Beschaffenheit, die wasserreicher als normal oder schleimhaltig usw. sind. Häufig gehen diese Erscheinungen vorüber, ohne daß man bei der Ernährung große

Rücksicht auf sie zu nehmen braucht. In anderen Fällen aber zwingen sie zur Einschränkung in der Quantität der Nahrungszufuhr oder auch zur Ausschaltung bestimmter Nahrungsbestandteile.

Handelt es sich bei dieser Art von parenteralen Störungen um mehr oder weniger leicht zu beherrschende Erscheinungen, so kann doch die Einwirkung des Infektes auf den Organismus gelegentlich auch bedenklichere Grade erreichen. Das kann sich in zweierlei Form geltend machen, in besonders intensiver Schädigung der Appetenz oder durch Herbeiführung einer Inanition aus inneren Gründen. Beides kommt nicht selten nebeneinander vor. Die Neigung zur Nahrungsaufnahme läßt sich manchmal wieder herstellen durch Herabsetzung der erhöhten Körpertemperatur, und wo dies nicht zum Ziel führt, bleibt uns immer noch der Ausweg der Fütterung mit der Sonde. Wir dürfen uns nicht scheuen, zu dieser anscheinend etwas gewaltsamen Maßregel zu schreiten, da auf diese Weise tatsächlich manches von Inanition bedrohte Kind am Leben erhalten werden kann. Das gilt z. B. für Säuglinge, die an langdauerndem Keuchhusten erkrankt sind und oft noch einen nennenswerten Teil der aufgenommenen Nahrung wieder erbrechen. Dagegen stehen wir vorläufig mit unserer Therapie den Fällen machtlos gegenüber, wo der Körper unter der verheerenden Einwirkung der Mikroorganismen die Fähigkeit der Assimilation eingebüßt hat, wie wir es z. B. im Endstadium der Tuberkulose oft genug beobachten können, wo trotz ausreichender Nahrungszufuhr das Körpergewicht unaufhaltsam bis zum Ende absinkt.

Die Aufgaben, die sich aus den Schwierigkeiten der Ernährung bei akuten Respirationserkrankungen ergeben, drängen sich dem Arzt ohne weiteres auf. Dagegen ist die Wichtigkeit der Ernährung in prophylaktischer Hinsicht nicht ohne weiteres einleuchtend und kann nur dem verständlich werden, der Gelegenheit hat, das Schicksal von Kindern zu verfolgen, die in verschiedener Weise ernährt worden sind.

Von besonderem Interesse, aber noch wenig erforscht, sind die Beziehungen der Ernährung zur Disposition für Infektionskrankheiten. Nur wenige meist aus klinischen Beobachtungen abgeleitete Tatsachen lassen sich hier anführen. Am augenfälligsten tritt die Bedeutung der Ernährung für die Immunität zutage in der hohen Widerstandskraft der Brustkinder im Vergleich zu künstlich genährten Säuglingen. Das wird vielleicht bis zu einem gewissen Grade verständlich, wenn man sich an den hohen Fettgehalt der Nahrung der Brustkinder erinnert. Denn Beobachtungen an Tieren, bei denen man mit quantitativ dosierten Infektionen arbeiten kann, haben ergeben, daß fettreiche Nahrung zur Entstehung einer höheren Immunität gegen Infektion mit Tuberkulose führt als kohlehydratreiche Nahrung. Sonst wissen wir nur noch, daß der tierische Organismus Infektionen um so leichter erliegt, je höher sein Wassergehalt ist. Beide Beobachtungen lassen sich in einen gewissen Zusammenhang bringen, da fettreiche Ernährung die Entwicklung eines relativ wasserarmen Körpers begünstigt, während eine kohlehydratreiche Kost zu größerem Wasseransatz führt. Erwähnt sei noch, daß einseitige Ernährung

mit Milch und Eiern, aber auch mit großen Mengen Kohlehydrat einen ungünstigen Einfluß ausübt bei Disposition zu exsudativer Diathese, auf deren Boden ja Infektionen üppig gedeihen.

Einen weiteren Einblick in die Beziehungen zwischen der Art der Ernährung und der Entwicklung von Respirationskrankheiten haben uns Untersuchungen der letzten Jahre gebracht, die uns die Bedeutung der Zwerchfellatmung höher als früher einschätzen lehrten. Unter normalen Verhältnissen übt die Tätigkeit des Zwerchfells einen förderlichen Einfluß auf den Kreislauf aus. Noch wichtiger als für den Erwachsenen ist die Zwerchfellatmung für den Säugling, der schon zur Bestreitung seines Atembedürfnisses überwiegend auf die Zwerchfellatmung angewiesen ist. Voraussetzung für ein normales Spiel des Zwerchfells ist eine entsprechende Füllung des Bauches und ein normaler Widerstand der Bauchdecken. Bei unzweckmäßig geleiteter Ernährung der Säuglinge kommt es dahin, daß diesen Vorraussetzungen für eine normale Funktion des Zwerchfells nicht entsprochen wird. So sinkt bei zu lange fortgesetzter einseitiger Milchernährung der Tonus der gesamten Muskulatur und entsprechend auch der Bauchdecken, es entwickeln sich große schlaffe Bäuche. Bei übermäßiger Zufuhr von Kohlehydraten kommt es, wenn akute Störungen ausbleiben, zu abnormem Fettansatz und ebenfalls zu Auftreibung des Leibes. In beiden Fällen bewähren sich die Säuglinge schlecht, wenn sie von akuten Erkrankungen der tieferen Luftwege betroffen werden. Frühzeitig entwickelt sich dann bei ihnen hochgradige Dyspnoe und Zyanose, und sie erliegen leichter der Infektion als zweckmäßig ernährte muskelkräftige Kinder.

Die Wichtigkeit der eben erwähnten Beziehungen zwischen Kreislaufs- und Atemorganen und ihre Abhängigkeit von der Ernährung macht sich noch in anderer Weise geltend. So sehen wir bei schweren akuten Ernährungsstörungen der Säuglinge häufig zunächst Zirkulationsstörungen in den Lungen auftreten, die zu hämorrhagischer Infiltration der paravertrebralen Lungenabschnitte führen. Dadurch ist der Entstehung sekundär infektiöser Bronchopneumonien ein günstiger Boden bereitet. Diese Form der Zirkulationsstörung in den Lungen beobachten wir ganz überwiegend bei Säuglingen, die noch ausschließlich oder vorzugsweise auf die Rückenlage angewiesen sind. Daraus ergibt sich ohne weiteres, daß wir ein wichtiges Kennzeichen einer zweckmäßigen Ernährung darin sehen müssen, daß sie die Entwicklung der Muskulatur befördert und damit die Erwerbung der statischen Funktionen, des Sitzens und Stehens, frühzeitig herbeiführt. Denn daran ist ein wesentlicher Fortschritt für die Prophylaxe der Respirationserkrankungen gebunden, weil die von der Erwerbung der aufrechten Körperhaltung abhängige Entwicklung der thorakalen Atmung eine wesentliche Erweiterung der Funktionsbreite der Atmung bedeutet.

Nur kurz hinweisen möchte ich noch auf die Bedeutung der Ernährung für den Ablauf einer Rachitis. Hier kommt zu den bereits erwähnten schädigenden Faktoren, die für alle Kinder Geltung haben,

noch ein neues Moment hinzu in der Weichheit des Thorax, die eine weitere Beeinträchtigung der Atmung herbeiführt.

Aus den angeführten Beobachtungen dürfte klar hervorgehen, welche große Bedeutung der Ernährung für die Prophylaxe der Respirationskrankheiten zukommt. Überernährung und einseitige Ernährung mit viel Milch oder mit Kohlehydraten führen nicht nur zu einem unbefriedigenden Ernährungsresultat, soweit es sich in übermäßigem Fettansatz usw. zu erkennen gibt, sie bringen die Kinder darüber hinaus in ernste Gefahren für den Fall, daß sich eine Erkrankung der Respirationsorgane bei ihnen entwickelt."

Grätzer.

S. Weil, Über doppelseitige, symmetrische Osteochondritis dissecans. (Beiträge zur klin. Chirurg. Bd. 78. Heft 2. S. 403.) Auf Grund zweier in der Breslauer chirurgischen Klinik beobachteter und von 12 in der Literatur beschriebener Fälle bespricht W. das Krankheitsbild der doppelseitigen symmetrischen Osteochondritis dissecans. Das Leiden befällt am häufigsten das Kniegelenk, seltener das Ellbogengelenk. Am Knie war in sämtlichen Fällen, in denen darauf geachtet wurde, der Condylus medialis der Sitz des Leidens, während am Ellenbogen die Grube des Radiusköpfchens die Ursprungsstelle der freien Körper zu sein scheint. Die Lücken im Knochen und die Form und Beschaffenheit der abgelösten Gelenkkörper haben stets auffallende Ähnlichkeit. Der Verlauf der Erkrankung zieht sich über lange Zeit hin, sie braucht jahrelang keine Erscheinungen zu machen; einige Zeit, nachdem die eine Seite befallen ist, treten auch im anderen Gelenk entsprechende Erscheinungen auf. Traumen fehlen in der Anamnese in den meisten Fällen. Die Befallenen stehen meist im jugendlichen Alter. In W.s zweitem Falle verlief auf der zweiten Seite das Leiden absolut erscheinungslos, wurde rein zufällig durch das Röntgenbild entdeckt. Nach der Feststellung einer Osteochondritis blieb der Patient noch zwei weitere Jahre lang von allen Beschwerden verschont. In einem von Weichselbaum mitgeteilten Falle wurden die Arthrophyten, in ihren Knochenlücken liegend, erst bei der Sektion zufällig entdeckt und noch dazu bei einem jungen Soldaten, der während der Militärzeit einer Dysenterie rasch erlegen war. Die Osteochondritis, das Ablösen der Gelenkmäuse, braucht also an und für sich keinerlei Erscheinungen zu machen, und dieses Latenzstadium kann sich über Jahre und Jahrzehnte hinziehen. Erst wenn der Gelenkmechanismus gestört wird, kommt es zu Gelenkreizungen, zu Schwächezuständen, Schmerzen, Bewegungsstörungen, Ergüssen, und schließlich können richtige Einklemmungserscheinungen auftreten.

Ehe Gelenkmauserscheinungen auftreten, ermöglicht das Röntgenbild die Diagnose. Stets soll auch die andere Körperseite mit Röntgenstrahlen untersucht werden. W. kann sich mit den meisten Autoren, die doppelseitige Osteochondritisfälle gesehen haben, der traumatischen Theorie im Sinne Bartls nicht anschließen. Die Osteochondritis scheint subchondral zu beginnen und erst sekundär auf die Gelenkknorpel fortzuschreiten. Wie die Herde zustande

kommen, ob durch Gefäßschädigungen im Sinne Ludloffs oder durch entzündliche Prozesse, ist bisher nicht zu entscheiden.

Joachimsthal.

Gottstein, Zur Epidemiologie der Diphtherie, mit besonderer Berücksichtigung der Schule. (Vierteljahrschr. f. gerichtl. Medizin. 1912. Bd. 43. Heft 1. S. 136. G. gibt hier eine Übersicht über die Verhältnisse der Diphtheriemorbilität- und -mortalität in Charlottenburg. Von 1900—1910 ist die Erkrankungsziffer bedeutend gestiegen, fast auf das Doppelte. Die Letalität betrug durchschnittlich 9,5%, schwankte aber zwischen 6,32 und 16,49%. Das weibliche Geschlecht erkrankt häufiger, die meisten Erkrankungen betreffen das Schulalter. — Die Verteilung der Erkrankungsfälle gestaltete sich so, daß in mehr als der Hälfte die Zahl der im Laufe eines Jahres in einem Hause gemeldeten Erkrankungen sich auf eins beschränkte; in etwa 20% der Fälle kamen 2 Erkrankungen in einem Hause vor; mehr als 2 Erkrankungen bilden die verschwindende Minderheit; besondere Häufung findet man nur in Krankenanstalten und Kinderheimen. Aus weiteren Zahlen ergibt sich, daß das gehäufte Auftreten von Diphtheriefällen in einer Familie seltener ist als bei Masern und Scharlach. Mit anderen Worten: der Kontagionsindex, d. h. das prozentuale Verhältnis der der Ansteckung ausgesetzten und in der Folge wirklich erkrankten Kinder ist bei Diphtherie erheblich kleiner als bei Scharlach oder gar Masern. Die Ausbreitung der Diphtherie in einer Familie geschieht in dem größeren Teil der Fälle entweder durch gemeinsame Ansteckung an derselben Quelle oder durch direkte Infektion von dem zuerst Erkrankten. In einem Viertel aller Fälle liegt zwischen der ersten und zweiten Erkrankung ein so großer Zwischenraum, daß man die Weiterverbreitung nur durch Bazillenträger annehmen kann.

Einige Besonderheiten boten die Erkrankungen in der ersten Hälfte des Jahres 1911. Hier zeigte sich plötzlich ein erhebliches Überwiegen der Erkrankungen bei Mädchen. Die Ursache lag in einer Epidemie in einer Mädchenschule. Von den Schülerinnen erkrankten 14%. Hier war also die Schule der direkte Vermittler der Weiterverbreitung der Infektion. Wenn man aber von diesem Einzelfalle absieht, ist die Gefahr, daß die Schule die Infektion in den Familien weiterverbreitet, nicht sehr groß. Man braucht daher energische Schulmaßnahmen nur bei gehäuftem Auftreten in einer Schule zu veranstalten.

Nothmann (Berlin-Wilmersdorf).

K. Rupprecht, Kindlicher Schwachsinn und Straffälligkeit Jugendlicher (Arch. f. Psychiatrie. 1911. Bd. 48. Heft 3.) Kindlicher Schwachsinn liegt häufig Straftaten Jugendlicher zugrunde; seine Ursache ist in der Mehrzahl der Fälle auf natürliche oder erbliche Veranlagung zurückzuführen; aber auch Kopfverletzungen können ihn veranlassen. Bei der erblichen Veranlagung spielt Trunksucht besonders des Vaters eine unheilvolle Rolle. Die Erkennung des Schwachsinns verlangt neben der Verwertung der Beobachtungen der Schule die Beiziehung eines Psychiaters. Diese Beiziehung ist um so notwendiger, als die moderne Behandlung jugendlicher Rechts-

brecher mehr auf Fürsorge und Erziehung, als auf Vollstreckung von Freiheitsstrafen abzielt, die Auswahl der richtigen Erziehungs- und Fürsorgemaßnahmen aber die vorherige Feststellung der geistigen und psychischen Verfassung des jungen Menschen voraussetzt. Die Jugendgerichte müssen dem Psychiater in dem Verfahren gegen Jugendliche den ihm gebührenden Platz als Gutachter einräumen. Die Lehrer müssen dem kindlichen Schwachsinn und seinen Erscheinungsformen erhöhte und sachkundige Beachtung schenken und zu ihrem Teile dazu beitragen, daß rechtzeitig diese geistige Erkrankung erkannt und die zweckmäßigsten Fürsorgemaßregeln getroffen werden.

Kurt Mendel.

Hirsch, Über Enkanthoschisis und andere angeborene Anomalien des Auges. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1912. Juli-Heft.) Ehe Verf. auf die bisher noch nicht beschriebene Anomalie eingeht, werden zunächst mehrere interessante Fälle von Lipodermoiden des Augapfels besprochen.

Mit „Enkanthis" bezeichnet man die drei Gebilde des inneren Augenwinkels: die innere Kommissur der Lider, die Tränenkarunkel und die Plica semilunaris. Enkanthoschisis (Schisis-Spaltbildung) ist sonach ein Kolobom dieser Teile.

Ferner werden noch besprochen: angeborene randständige Hornhauttrübungen und der Epikanthus. Sommers (Zittau).

Fejér, Aniridia congenita bilateralis. (Zentralbl. f. prakt. Augenheilk. August 1912.) Das beiderseitige angeborene Fehlen der Regenbogenhaut gehört nicht zu den großen Seltenheiten. Verf. publiziert seinen Fall hauptsächlich deshalb, weil Patient über so gute Sehschärfe und Akkommodation verfügt. Sommers (Zittau).

Price und **Shannon,** Juvenile Tabes. (Zentralbl. f. prakt. Augenheilk. Juni 1912.) Die Verff. berichten über einen Fall bei einem 14jährigen Mädchen mit doppelseitiger Sehnervenatrophie. Wassermann positiv.

Diese an sich seltenen Fälle sind meist mit Sehnervenatrophie und in der Mehrzahl beim weiblichen Geschlecht anzutreffen.

Sommmers (Zittau).

Fehr, Über die Wirkung des Salvarsans auf das Auge. (Zentralbl. f. Augenheilk. Juni 1912.) Bei der Keratitis parenchymatosa e lue congenita ist die Salvarsanwirkung naturgemäß sehr häufig erprobt, da ja hier die Quecksilberbehandlung so oft versagt. Dementsprechend liegen zahlreiche Literaturberichte vor, die jedoch meist ungünstig lauten. Die bisherigen Publikationen führen zu der Auffassung, daß die Krankheit nach Salvarsan im allgemeinen nicht anders verläuft als bei den bisher geübten Behandlungsweisen.

Verf. kommt jedoch auf Grund seiner Beobachtungen nicht zu dem Pessimismus der Auffassung, wie ihn das Literaturstudium erzeugen muß, und bringt hierfür Belege. Sommers (Zittau).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

R. Goldmann, (Iglau). Ein Fall von akutem Somnambulismus infolge eines periostitisch erkrankten Zahnes. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 34. 1912.)

G.s 6 jährige Tochter, die er im Februar d. J. wegen Appetitlosigkeit und eigentümlicher, unter dem Bilde eines Ulkus auftretender Magenbeschwerden und geringgradigem Pavor nocturnus adenoidotomiert hatte, mit dem Erfolge, daß das Kind 8 Tage nach der Operation von seinen Magenbeschwerden und den anderen Symptomen befreit war, bot ca. 10 Wochen nachher jeden Abend, ungefähr 2 Stunden nach dem Zubettegehen bzw. Einschlafen (8 Uhr) folgende Erscheinungen dar:

Unter ängstlichen Rufen „Mama, Mama“ und Vorsichhinsprechen stand es aus dem Bette auf, ging mit offenen Augen, durch ein oder mehrere dunkle Zimmer, als ob es etwas suchte; auf starkes Anrufen gab es keine oder nur verworrene Antwort, die sich auf sein Traumgesicht bezog, setzte sich auf wiederholte Aufforderung auf den Nachttopf, urinierte, legte sich ins Bett und schlief, ohne vorher wach geworden zu sein, ruhig oder unter abklingendem Stöhnen ein, blieb die Nacht hindurch entweder in ungestörtem Schlafe oder wiederholte das Spiel noch einmal. Dabei ging es zuweilen ans Fenster, als ob es zu demselben hinauswollte. Das Gesicht war schon kurz nach dem Einschlafen jeden Abend hochgerötet, ohne daß Temperatursteigerung bestanden hätte, wovon G. sich durch öftere Analmessung überzeugte: eher war die Temperatur subnormal (z. B. 36,6 in ano).

Die Untersuchung ergab, daß die Rachentonsille gründlich entfernt war. Somatisch konnte G. nichts Abnormes konstatieren, der Urin war eiweiß- und zuckerfrei. Nur eine Drüse in der rechten Submaxillargegend war etwas größer und druckempfindlicher als die übrigen, auch vergrößerten Halsdrüsen. Bei mehrmaliger Prüfung der Klopfempfindlichkeit der Zähne gab das Kind einen Unterschied bei Perkussion eines seit einem halben Jahre plombierten Molars (zweiter rechts unten) an; das Zahnfleisch an dieser Stelle war unmerklich stärker gerötet. Die wiederholte Untersuchung des erfahrenen Zahnarztes ergab vom dentologischen Standpunkt keinen Anhaltspunkt für eine Karies unterhalb der Plombe. Auf G.s besonderes Verlangen entfernte er die Plombe; das Kind schlief etwas ruhiger. Am nächsten Tage war eine Eiterblase an der bukkalen Seite des Zahnes entstanden; die G. inzidierte. Nun entschloß sich der Zahnarzt zur Extraktion des Zahnes. Seit diesem Tage schlief das Kind ruhig: die lokale Druckempfindlichkeit des Periosts und der Drüse verlor sich nach einigen Tagen.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß bei dem sonst vollkommen gesunden, etwas leichter erregbaren Kinde die Resorption der Toxine von seiten des kariösen Zahnes, der überdies durch die Plombe nach der Mundhöhle abgeschlossen war, so daß die Produkte der Karies auf den Lymphweg angewiesen waren, ein derartiger Reizzustand des Gehirns gesetzt wurde, daß er allein oder wahrscheinlicher unter Mitwirkung des Reizes der gefüllten Blase zerebrale Symptome von der Art des somnambulen Zustandes hervorbrachte. Dafür spricht auch die Rötung des Gesichtes nach dem Schlafengehen.

Es ist ohne weiteres verständlich, daß der toxische Reiz bei Tage, wo andere stärkere Reize die Rindenzellen bestürmen, nicht ausreicht, um einen Effekt zu zeigen, während des Nachts ein schwacher Reiz genügt, um die ruhenden oder sich erholenden Gehirnzentren zu erregen, besonders wenn ein physiologischer Reiz sich hinzugesellt.

Wird dieser letztere normalerweise rasch richtig erfaßt und führt halb reflektorisch zu der richtigen Handlung, ohne daß das Bewußt-

sein vollständig wach zu werden braucht, so ist das durch die Toxine trunkene Gehirn dazu nicht imstande, sondern mißversteht ihn eine Zeitlang, wobei es eben halbwach träumt und entsprechend dem halbwachen Zustand vom Traum diktierte halbvernünftige Handlungen ausführt. Mit dem Schwinden des Reizes (Urinieren) sinkt das Gehirn wieder in den latent somnambulen Zustand.

Die toxische Ätiologie des latent somnambulen Zustandes konnte G. auch auf Grund von Darmintoxikation konstatieren.

Dieselbe toxische Ätiologie hatte G. bei akuten Psychosen (z. B. ex mensibus) beobachtet und ist überzeugt, daß so manche Form von Epilepsie, Hysterie und anderen zerebralen Symptomenkomplexen von diesem Standpunkt ätiologisch und therapeutisch zugänglich ist, wenn wir auch die Symptome im Sinne der spezifischen Energie als zerebrale oder psychische auffassen müssen. Grätzer.

E. Fronz, Zur Prophylaxe des Keuchhustens. (Wiener med. Wochenschr. 1912. Nr. 35.) „Eine der wichtigsten Aufgaben des Staates ist es, für eine gute Aufzucht der Menschen zu sorgen. Diese muß aber schon in frühester Jugend beginnen. Was darin geleistet werden kann, zeigt deutlich die schweizerische Miliz, welche durch ihre kolossale Leistungsfähigkeit die höchste Bewunderung aller Fachkreise hervorruft.

Alles, was eine gute Aufzucht hindert, muß aber beseitigt werden. So ist es denn auch im eigensten Interesse des Staates, daß er der Ausbreitung einer Infektionskrankheit steuert, die so häufig Siechtum oder mindestens andauernde Schwächung der physischen Leistungsfähigkeit herbeiführt und die an Häufigkeit der Erkrankungen gleich hinter den Masern und Varizellen rangiert. Gerade prophylaktisch läßt sich aber bei dem Keuchhusten Außerordentliches leisten, und man wäre imstande, bei gewissenhafter Durchführung ihn fast gänzlich auszurotten.

Während wir also bei allen anderen Infektionskrankheiten viele wirksame Mittel zu ihrer Bekämpfung haben, stehen wir dem Keuchhusten fast machtlos gegenüber. Die Mittel gegen Keuchhusten sind so zahlreich wie bei keiner anderen Krankheit der Menschen — ein sicheres Zeichen, daß ein wirklich verläßliches Mittel noch fehlt. Das beste ist immer noch der Genuß reiner Luft. Dies ist in einer Großstadt wohl das teuerste, weil am schwersten erreichbare Medikament. Wie ich in meinem Vortrage („Tuberkulose und Schule") auf der internationalen Tuberkulosekonferenz in Brüssel (1910) schon auseinandersetzte, ist reine Luft in der Peripherie der großen Städte infolge ihrer kolossal raschen Ausdehnung immer schwerer zu erreichen, und ich schlug daher vor, dieselbe aufwärts zu suchen, an der hygienisch günstigsten Stelle des Hauses, auf dem Dache, und statt der finsteren, mit altem Gerümpel erfüllten Dachböden Dachgärten mit Glashallen, Wandelgängen, Spiel- und Turnplätzen, Sonnen- und Luftbädern usw. zu errichten. Verordnungen betreffs Anbringung von Rauchverzehrungsapparaten können die Rauchbelästigung hintanhalten und die Entwicklung dieser Anlagen befördern. So wie die Dachgärten der Kampfplatz der Städte im

Kampfe gegen die Tuberkulose sein würden, so könnten diese Anlagen auch Gelegenheit zur Durchführung der Isolierung der Keuchhustenkranken leicht ergeben, ohne daß dieselben ihres besten Heilmittels, der guten reinen Luft, entbehren müßten. Um diese Infektionskrankheit gut und ohne Komplikationen oder Nachkrankheiten überstehen zu können, ist nicht bloß wichtig, daß die Infektion eine kräftige Konstitution vorfinde, sondern es muß dieselbe auch während der ganzen Krankheit aufrecht erhalten werden, und hierzu ist vor allem dauernder Aufenthalt in guter, reiner Luft nötig.

Solange man aber genötigt ist, weit außerhalb der Peripherie der Stadt reine Luft zu suchen, ist es nötig, Keuchhustenheime mit großen Parkanlagen zu errichten, bzw. eine Keuchhustenkolonie, die von außen streng abgesperrt ist und für die verschiedensten Klassen der Gesellschaft mit allem hygienischen Komfort ausgestattete Sanatorien bietet. Es dürfen also auch bei dieser nicht bloß drohenden, sondern bereits vorhandenen Gefahr keinerlei Geldmittel gescheut werden, und es wird nicht nur der Weiterverbreitung des Keuchhustens damit eine Schranke gesetzt, sondern vieles Siechtum erspart und eine gute Aufzucht der Bevölkerung gefördert. Grätzer.

Kummer, Quelques cas de chirurgie du thymus. (Revue méd. de la Suisse romande 1912. Nr. 51.) 1. 2 monatiges Kind, angeborene Dyspnoe und Erstickungsanfälle. Vorwölbung des Brustbeins, deutliche sternale Dämpfung und Resistenz im Jugulum. Radioskopisch: ein Schatten. Operation: gute totale Exstirpation, Thymusgewicht 20 g; Drainage mit einer Glasröhre. Die Trachea wird vom Drain perforiert, es kommt zu einer tödlichen Bronchopneumonie.

2. 15 monatiges Kind, zyanotisch, Dyspnoe und Erstickungsanfälle; die gingen zurück, Zyanose und Dyspnoe hielten an. Das Gewicht des Kindes nahm nicht zu. Radiographisch: Schatten. Diagnose: Thymushypertrophie. Plötzlicher Exitus am Tage nach der Untersuchung.

3. 2 tägiges Kind mit Erstickungsanfällen und suprasternaler Resistenz: kein Kropf. Operation: partielle Exstirpation (8 g); die Dyspnoe verschwindet. Weitere Entwicklung gut.

4. 2 monatiges Kind, mit Erstickungsanfällen, Voussure und suprasternaler Resistenz. K. empfiehlt, abzuwarten; 2 Tage danach sehr schwerer Erstickungsanfall; partielle Thymektomie (20 g). Ungestörter Verlauf, bis auf geringe Dysphagie.

K. hält die Thymushypertrophie für eine nicht sehr seltene Affektion. Dieselbe kann spontan zurückgehen und ausheilen, sie kann auch ebenso den plötzlichen Tod herbeiführen. Er kann die Folge sein erstens von einem Herzstillstand infolge von Vagus- oder direkter Kompression; zweitens von Ersticken infolge von Kompression der Laryngei, das Phrenicus oder durch Kompression der Trachea infolge innerer Blutung der Thymus. Hinweis auf die Erfolge der Radiotherapie; die chirurgische Therapie ist angezeigt allemal bei permanenter Dyspnoe mit Erstickungsanfällen. Von den verschiedenen Operationsmethoden hält K. die partielle subkapsuläre Thymektomie für die Operation der Wahl.

In der Diskussion zieht **Boissonnes** mit einigen Worten eine Parallele zwischen den beiden ersten, von ihm an K. gegebenen Fällen. Im ersten Fall war die Asphyxie drohend, die Operation war dringlich; im zweiten waren die Anfälle wenig heftig und nicht häufig und ein Versuch mit Radiotherapie am Platze gewesen, er unterblieb nur aus äußeren Gründen. Die Methode wird bei den ersten Fällen besser nur in einer Klinik durchgeführt, und von einem Augenblick zum anderen muß man sich zum chirurgischen Eingriff bereit halten. H. Netter (Pforzheim).

Ribadeau-Dumas, Durch Röntgenstrahlen behandelte Thymushypertrophie. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 1912. 29. März.) Die Erscheinungen waren Keuchen und Erstickungsanfälle. Die Diagnose einer Thymushypertrophie fand durch das Ergebnis der Radioskopie und Radiographie ihre Bestätigung. Da die Mutter sich einem chirurgischen Eingriff widersetzte, wurde der Kleine der Radiotherapie unterworfen.

Schon nach der zweiten Bestrahlung blieben die Erstickungsanfälle aus und bald danach auch das Keuchen. Das Kind erlag nach mehreren Tagen einer interkurrenten Masernerkrankung, und man konnte sich bei der Autopsie davon überzeugen, daß die Thymus an Umfang beträchtlich abgenommen hatte.

Es ergibt sich hieraus, daß man in analogen Fällen stets, bevor man zu einer Thymektomie schreitet, die Radiotherapie versuchen soll. H. Netter (Pforzheim).

J. Dommartin, Intoxikation par les chaussures noircies à l'aniline. (Journ. de méd. et de chir. pratiques 1912. 25. Mai.) Bericht über zwei neue Fälle von Vergiftung durch das mit Anilinfarben geschwärzte Schuhwerk. — Um 8 Uhr abends — so erzählt Verf. — wurde er dringlich zu einem 9jährigen Kind gerufen. Noch ganz wohl am Morgen, wurde es im Laufe des Tages von hochgradiger Schwäche befallen; gleichzeitig wurde das Gesicht livid, und die Lippen nahmen eine ausgesprochen blaue Farbe an. Die Eltern brachten das Kind alsbald zum nächsten Apotheker, der ihm irgend etwas gegen die Würmer geben sollte. Bei Ankunft des Arztes bot der Zustand alle Zeichen einer alarmierenden Situation. Bleifarbig, die Augen trüb und tief liegend, die Lippen nicht mehr bläulich, sondern schwärzlich, lag das Kind fast ohne Lebensäußerung im Bett. Am Herzen nichts Besonderes, Puls 86, Lungen ebenfalls frei. Vorherrschend war die tiefe Zyanose von Haut und Schleimhäuten. Es wurde zunächst an eine Vergiftung alimentären Ursprungs gedacht; bei eingehender Nachforschung stellte es sich heraus, daß man dem Kind ehemals braune Schuhe gegeben hatte, die am gleichen Tage schwarz gefärbt worden waren. Der Arzt wollte sich, nachdem die entsprechenden Anordnungen getroffen waren, zurückziehen, als er von dem gleichfalls zyanotischen Teint der jüngeren Schwester überrascht wurde; sie trug noch die Schuhe, welche die gleiche Umwandlung erfahren hatten. Am nächsten Tag war das Befinden beider zufriedenstellend. Die Beobachtung fügt sich den nicht mehr spär-

lichen ähnlicher Art an, namentlich der von Mongour (Bordeaux 1909) und derjenigen von Eschbach (Bourges 1912). H. Netter (Pforzheim).

Nobécourt, Darré und **Bidot,** Passage de l'acide salicylique et de ses dérivés dans le liquide céphalo-rachidien. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 1912. 10. Mai.) Wenn man bis jetzt allgemein annahm, daß das salizylsaure Natron bei gesunden Meningen nicht in die Zerebrospinalflüssigkeit übergehe, so sind diese negativen Resultate nach der Ansicht der Autoren oft auf mangelhafte Technik zurückzuführen. Bei Anwendung einer sehr empfindlichen Methode haben sie fast stets Salizylsäure nachweisen können bei Personen mit verschiedenen Affektionen, selbst bei denen, deren Meningen klinisch intakt erschienen. Diese Resultate entkräften nicht die früher mit den alten Methoden erhaltenen Resultate. Mit diesen Methoden waren die Feststellungen bei den nicht an den Meningen sich abspielenden Krankheiten stets negativ. Für die Passage gewisser Substanzen wäre demnach die Spinalflüssigkeit weniger unzugänglich, als angenommen wird.

Es handelt sich besonders um eine Frage der Technik; in Anbetracht der geringen Menge Flüssigkeit, mit der gearbeitet wird, muß diese äußerst genau sein. H. Netter (Pforzheim).

J. D. Rolleston, Diphtherie des Ösophagus. (Brit. Journ. childr. dis. Januar 1912.) Ein 2 Jahre 4 Monate alter Knabe wird am 14. Oktober, am 11. Krankheitstag, moribund aufgenommen, um nach 7 Stunden zu sterben. Serum war draußen nicht angewendet worden, da die Diagnose „Diphtherie" vor der Aufnahme nicht gestellt worden war.

Aufnahmestatus: Schwere Toxämie, unfühlbarer Puls, Temp. 36,4. Alte Pseudomembranen, Mandeln, Zäpfchen und Epiglottis bedeckend; Fœtor, Nasenausfluß. Leichter Stridor, kruppaler Husten, Schwellung und Exkoriation des oberen Teils des rechten Ohres, Decubitus am linken äußeren Malleolus. Kulturell von Pharynx, Ohr und Dekubitalgeschwür reichlich Klebs-Löffler-Bazillen.

Befund am Ösophagus: Oberes Drittel normal, im mittleren Drittel geringe Injektion der Schleimhaut, im unteren Drittel zwei nekrotische Längspartien, jede 3,5 cm lang, an ihrer größten Breite sich vereinigend und bis zum unteren Speiseröhrenende ziehend. Im Zentrum der einen der beiden Ulzerationen ist die Muscularis bloßgelegt. Im Ausstrich und in den Kulturen aus diesen nekrotischen Partien zahlreiche Diphtheriebazillen. Magen normal, in Herz und Nieren geringe Fettdegeneration, Blutungen im Mesenterium. Sonst keine weiteren Veränderungen. H. Netter (Pforzheim).

Hugh Thursfield, Grünfärbung der Zähne als Folge prolongierter Gelbsucht in der ersten Lebenswoche. (Brit. Journ. of childr. dis. April 1912.) Zwei anologe Beobachtungen wurden der Roy. Soc. of Med. in London jüngst mitgeteilt:

H. Thursfield sah einen Knaben von 3 Wochen mit einem seit der Geburt oder seit dem dritten Lebenstag bestehenden Ikterus. Im Laufe der ersten Woche entleerte er sehr gefärbte Stühle und

zeigte eine Nabeleiterung. Bei der Untersuchung war die Nabelwunde ganz geheilt, Leber und Milz waren nicht geschwollen und das Kind erschien normal. Der Ikterus war sehr ausgesprochen, dauerte 7 Wochen, um dann abzuklingen. Nach dem Verschwinden nahm das Kind rapid an Gewicht zu. 9 Monate alt, wurde der Säugling wegen Diarrhoe Th. wieder zugeführt. Die beiden mittleren unteren Schneidezähne zeigten eine lebhaft gelbe Farbe, die weiterhin grün wurde, im übrigen sehr wechselte, bald hell, bald dunkel war.

F. Langmead berichtete von einem $1^3/_4$jährigen Knaben, der zwischen zweiter und dritter Woche gelbsüchtig geworden war. Leber und Milz waren geschwollen, der Urin ikterisch, der Allgemeinzustand befriedigend. Obwohl kein Verdacht auf Syphilis vorlag, wurde eine spezifische Behandlung eingeleitet. Nach Monatsfrist hatten Leber und Milz normalen Umfang wiedergewonnen, während der von Magendarm- und Aufblähungen begleitete Ikterus anhielt. Der erste Zahn kam mit einem Jahr, und 4 Zähne waren sichtbar, als der Ikterus gegen den 15. Monat verschwand. Alle zeigten sie eine stark gelbe Farbe. Seitdem erschien jeder Zahn beim Durchbruch gelb; nach 3 Monaten grün, wurde die Farbe dann nach und nach annähernd normal.

Die Gelb- oder Grünfärbung der Zähne scheint jedenfalls dem Ikterus der Neugeborenen eigentümlich zu sein.

H. Netter (Pforzheim).

E. Stratford, Ein Fall von Rubeola mit Angina, von tödlicher hämorrhagischer Purpura gefolgt. (Lancet. 1911. 15. Juli.) Verschiedene Publikationen haben gezeigt, daß die Lehre von der Gutartigkeit der Rubeolen nur mit Reserve aufrecht zu halten ist, da diese Infektionskrankheit durchaus zu mehr oder weniger schweren Komplikationen zu führen vermag. Der angezeigte Fall ist in dieser Beziehung besonders lehrreich.

Es handelt sich um einen $3^1/_2$jährigen, bis dahin durchaus gesunden Knaben, der mit einem sehr starken konfluierenden, auf Gesicht und Brust lokalisierten Rötelnausschlag erkrankte. Temp. 40,8, Hals tiefrot, Mandeln stark hypertrophisch. Die Krankheitserscheinungen nahmen an Heftigkeit noch zu, und nach 2 Tagen war der Ausschlag über den ganzen Körper verbreitet, während gleichzeitig eine der Mandeln Sitz einer gelblichen Ulzeration war. Das Exanthem verschwand erst am 9. Tag. Die Temperatur blieb indes auf ihrer Höhe, und die rechte Mandel, trotz einer Diphtherieserum-Injektion, entzündet. Vier Tage nach dem Verschwinden des Ausschlages Epistaxis und Hämatomesis; abfallende Temperatur, Abklingen der Amygdalitis, aber nun profuse Blutungen aus Nase und Zahnfleisch; Ödem beider Füße, im Urin reichlich rote Blutkörperchen. Nach 3 Tagen zahlreiche Petechien auf Beinen, Rumpf und Gesicht. Verschlimmerung dieser Zeichen am nächsten Tag, gleichzeitig Entleerung von reinem Blut per urethram. Abends Exit. let. Die Blutung aus der Nase hielt noch 12 Stunden post mortem an, und zahlreiche subkutane Ekchymosen erschienen auf der oberen Hälfte des Körpers.

Man kann die Frage aufwerfen, ob nicht irgendwelche Beziehung zwischen der Seruminjektion und dem Auftreten der Purpura bestanden haben mag. Der Verf. ist indessen, da er nach Seruminjektion derartiges nicht gesehen hat, der Überzeugung, daß die fragliche Komplikation ausschließlich auf Rechnung des ungewöhnlich schweren Charakters zu setzen ist, welchen die Röteln im gegebenen Fall angenommen haben. H. Netter (Pforzheim).

J. E. Welch, Injektion von normalem menschlichen Blutserum bei Melaena neonatorum und anderen Krankheiten. (The Therapeutic Gazette. 1912. 15. Februar.) Für den menschlichen Organismus ist, so meint W., tierisches Serum nicht gut verträglich und die Verwendung menschlichen Serums empfehlenswerter. Seine Beschaffung ist freilich nicht so leicht.

Ein 8 Monat-Kind, schwierig zu ernähren, fällt von seinem Geburtsgewicht von 2025 g (17. Aug.) auf 1625 g am 5. Sept., d. i. ein Verlust von 400 g in 19 Tagen. Daher Injektionen von menschlichem Serum, die bis zum 26. Sept. fortgesetzt werden. Das Gewicht steigt an, und der Gesamtgewinn beträgt 575 g. In den folgenden 6 Tagen neuerdings Gewichtsverlust von 150 g. Tägliche Injektion (70—78 ccm), in 21 Tagen 896 ccm. Von da ab konnte sich das Kind selbst ernähren.

In verschiedenen Fällen, vor allem bei den Blutungen des Neugeborenen, hat Verf. diese Injektionen gemacht. (32 Fälle). Ob es sich um Hämatomesis, Melaena, Purpura, Hämatome, Nabelblutung, um präputiale oder gingivale Blutung handelt, die Wirksamkeit des Serums ist die gleiche. H. Netter (Pforzheim).

Petrone, Die Röntgentherapie bei den infantilen Splenomegalien. (Il Policlino (sezione prat.) 1912. Nr. 1 u. 5.) P. hat der Röntgentherapie acht Kinder mit Splenomegalie unterworfen, eine, die Folge einer Leishmaniosis, eine andere die Folge von Malaria, die sechs anderen hervorgerufen durch die Jakschsche Anaemia pseudoleucaemica. Für diese letzteren war irgend eine bedeutungsvolle ätiologische Tatsache nicht auffindbar, und man war darauf beschränkt, banale Bedingungen verantwortlich zu machen: mangelhafte Ernährung, intestinale Störungen usw.

Es wurde die Milz direkt bestrahlt, und die Sitzungen fanden in Pausen von 10—12 Tagen statt. Die Dauer der Behandlung schwankte zwischen 2 und 4 Monaten. Bei der Leishman-Splenomegalie blieb ein Effekt aus: die Verschlimmerung des Leidens nahm ihren Gang, und der Tod trat in kurzer Zeit ein. So war es auch in einem Fall von Anaemia pseudoleucaemica; die schweren, schon zu Beginn der Kur bestehenden Symptome traten nur noch stärker hervor. Ein anderer Fall von Anaemia pseudoleucaemica hatte eine bemerkenswerte Besserung mit der dritten Sitzung erfahren, aber eine interkurrente Bronchopneumonie raffte das Kind schnell hinweg.

Die vier anderen Fälle von A. ps.-l. nahmen unter der Behandlung den gleichen Verlauf; die Milz wurde immer kleiner, um schließ-

lich unter den Rippenbogen zu verschwinden; die Zahl der weißen Blutkörperchen sank allmählich bis unter die Norm; gleichzeitig verschwanden die anormalen Elemente, Myelozyten und kernhaltige rote Blutkörperchen. Gleichzeitig besserte sich auch der Allgemeinzustand und die Gewichtskurve stieg an. In einem Falle notierte man schon während der Kur eine deutliche Besserung der Blutbeschaffenheit, die sich in einer Vermehrung der Erythrozyten und des Hämoglobingehaltes zu erkennen gab. Von den anderen Fällen ist dasselbe zu sagen.

Bei dem Kind mit Malaria-Splenomegalie hatte die Milz enormen Umfang erreicht, indem sie nach unten bis zur Crista ilei reichte und die ganze linke Bauchhöhle ausfüllte. Hier gab die Radiotherapie in Verbindung mit Chinin und Arsen ein ganz hervorragendes Resultat. Seit langem schon war das Kind einer energischen Behandlung mit Chinin und Arsen unterworfen worden und sie hatten nur die Fieberanfälle seltener zu machen vermocht, während der Gesamtzustand prekär, die Splenomegalie stets gleich groß blieb. Die Aufnahme der Röntgentherapie hatte die glücklichste Wirkung, und nach viermonatiger Behandlung war der Milztumor weg und das Kind konnte als völlig geheilt gelten. H. Netter (Pforzheim).

Armas Ruotsalainen, Studien über die Häufigkeit der Darmparasiten, namentlich des Oxyuris vermicularis, bei Kindern. (Finska Läkaresällskapets Handlingar 1911. Bd. 53. Juni.) Die Untersuchung wurde von R. in der Poliklinik der Universitätskinderklinik zu Helsingsfors so ausgeführt, daß mittels eines kleinen Gallensteinlöffels direkt aus dem Rektum Fäzes und womöglich auch Rektalschleim behufs mikroskopischer Untersuchung entnommen wurden. Vergleichshalber untersuchte R. zuweilen auch eine von den Kindern oder deren Eltern von Hause mitgebrachte gewöhnliche Fäzesprobe. Auf diese Weise wurden im ganzen 300 Helsingforser Kinder, welche meistens der Arbeiter- und Handwerkerklasse angehörten, ohne besondere Rücksicht auf die Art und Schwere der Krankheitssymptome untersucht. Das jüngste der untersuchten Kinder war 4 Wochen, die ältesten 14 Jahre alt. Bei 110 (= 36,67 %) der untersuchten 300 Kinder fanden sich Eingeweidewürmer oder Eier davon, Oxyuris vermicularis bei 95 = 31,67 %, Botriocephalus latus bei 6 = 2 %, Ascaris lumbricoides bei 7 = 2,33 %, Taenia saginata bei 2 = 0,67 %. Durch die Untersuchungen wurde weiter festgestellt, daß sowohl das Vorkommen der Parasiten im allgemeinen als auch das der einzelnen Arten bei Kindern mit den Jahren zunimmt, bis die Frequenz im 13.—15. Lebensjahr ihren Höhepunkt erreicht.

R. vergleicht dann seine Resultate mit denjenigen früherer Untersuchungen, und es ergab sich dabei, daß die Helsingforser Kinder in ebenso hohem Maße mit Darmschmarotzern behaftet sind wie die Kinder in gewissen anderen Städten Europas.

Betrachtet man aber besonders die Häufigkeit des Oxyuris und vergleicht dieselbe mit den Ergebnissen früherer Untersuchungen, so findet man, daß die Resultate nur zum Teil miteinander überein-

stimmen. Diese Ungleichheit der Resultate ist eine Folge von der Anwendung verschiedener Untersuchungsverfahren. Doch sind die Untersuchungen Baniks in München ziemlich übereinstimmend mit denen von R.

Bei Besprechung der Oxyurisdiagnose wird der durch gewisse biologische Einzelheiten des betreffenden Darmschmarotzers bedingte geringe Wert der gewöhnlichen Fäzesuntersuchung für diese Diagnose betont.

Zuletzt berührt R. den Zusammenhang zwischen Krankheitssymptomen und dem Vorkommen des Oxyuris, ohne doch zu ganz bestimmten Schlußfolgerungen gelangen zu können.

Adolph H. Meyer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 2. Mai 1912.

Max Zarfl. **Zwei Säuglinge mit Mongolenflecken.** (Aus dem niederösterr. Landes-Zentralkinderheim.) Das eine Kind, 14 Tage alt, zeigte einen schiefergrauen Pigmentfleck, der sich in Form eines schmalen Bandes über das Kreuzbein auf den untersten Abschnitt der Lendenwirbelsäule fortsetzte.

Das zweite Kind, 10 Monate alt, zeigte vier blaugraue Pigmentflecke in der Lenden- und Kreuzbeingegend. Kinder und Mutter sind von dunkler Haar- und Hautfarbe, haben stark pigmentierte Iris. Z. hat im Laufe eines Jahres 6 Fälle beobachtet. Es fällt auf, daß entweder Vater und Mutter, oder wenigstens einer von beiden aus Ungarn, aus den Marschniederungen Niederreichs, Mährens oder Schlesiens stammen. In allen diesen Gebietsteilen haben im 13. Jahrhundert zur Zeit des Mongolenvorstoßes Rassenmischungen stattgefunden. Vielleicht hängt das Vorkommen der Mongolenflecken in diesen Gegenden damit zusammen.

Max Zarfl. **Angeborene Darmstenose bei einem $2^1/_2$ Monate alten Säugling.** (Durch eine Abknickung im untersten Dickdarm, abnorm lange Flexura sigmoidea.) Schon gleich nach der Geburt fiel an dem Kinde der große meteoristisch aufgetriebene Bauch auf. Das Kind nahm anfangs keine Nahrung zu sich, setzte kein typisches Meconium ab, sondern nur kleine Mengen eines braunen, schmierigen Stuhls. Nach Einführung eines Darmrohres am 5. Lebenstage ging viel Gas und Stuhl ab, der Ballonbauch schwand. Am nächsten Tage war aber wieder das alte Bild vorhanden mit Zeichen von Darmstenose (Steifung der Darmschlingen, sichtbare Peristaltik.) Von da ab mußte wiederholt das Darmrohr eingelegt werden, denn bei Weglassen desselben stellten sich wieder alle Beschwerden ein. Ende März ließ Z. das Darmrohr dauernd liegen. Das Kind erholte sich auffallend, so daß man sich entschloß, Ende April neuerlich zu versuchen, das Darmrohr wegzulassen, was von schlechten Folgen begleitet war. Es trat wieder Stuhlverstopfung, wiederholtes Erbrechen, großer Bauch, Nahrungsverweigerung auf, weshalb das Darmrohr wieder eingeführt und seitdem belassen wurde. Das Kind erholte sich wieder. Z. erinnert an einen von Göppert beschriebenen ähnlichen Fall.

Oskar Silberknopf. **Ein Fall von Hirschsprungscher Krankheit bei einem $1^1/_2$jährigen Knaben.** Seit Geburt Obstipation, Stuhl meist nur auf Klysma zu erzielen. Bei Beklopfen des mächtig aufgetriebenen Bauches sieht man lebhafte

peristaltische Bewegung, wobei sich das stark vergrößerte und erweiterte Colon descendens und transversum differenzieren lassen. Röntgenuntersuchung bestätigt die Vergrößerung und Verbreiterung des Colons.

P. Mautner. **14 jähriges Mädchen mit einer ziemlich gleichmäßig bronzefarbenen Haut.** (Aus dem Karolinen-Kinderspital.) Seit einem Jahre rasche zunehmende Braunfärbung der Haut und zunehmende leichte Ermüdbarkeit, so daß Patientin 3 Wochen im Bett lag. Es finden sich heute große aschgraue Plaques der Mundschleimhaut, graue Flecken an den Gingiven, graubraune Flecken an der Zunge, bei dunkler diffuser Pigmentierung der Haut. Tuberkulinreaktion stark positiv.

Es bestehen sonst keinerlei Zeichen von Morbus Addisonii. Patientin hat überdies im Laufe eines Jahres um 10 kg zugenommen, was auf eine Tuberkulinkur zurückgeführt wird. M. meint, daß es sich wahrscheinlich um eine abnorm lange Remission bei Tuberkulose der Nebennieren handelt.

Wilhelm Knöpfelmacher. **Ein 6 jähriges Kind mit Bronchiektasie im Anschlusse an eine Aspiration eines Fremdkörpers in den rechten Bronchus.** Dem Kinde wurde vor 2 Jahren von Chiari eine geknickte Drahtstange mittels Bronchoskop entfernt. Da der Ausgang solcher Fälle von Bronchiektasie infaust zu sein pflegt, wurden Stickstoffeinblasungen von 180—320 cm versucht. Diese ohne Erfolg. Es bleibt jetzt nur die Resektion der Rippen, mit Eröffnung der im rechten Unterlappen gelegenen Höhle.

Alfred Deutsch. **Ein Fall von Defektbildungen infolge amniotischer Verwachsungen.** An der Haut des Rumpfes, der Extremitäten, der Nase und am Hinterhaupt fanden sich Gebilde, die wie Narben aussehen. Bei genauerer Betrachtung erkennt man, daß es sich nicht um Narben, sondern um Hautdefekte handelt. Es findet sich außerdem trichterförmige Einziehung der Haut oberhalb der Symphyse und eine fistelähnliche Öffnung oberhalb der Analöffnung. Es bestehen endlich Spaltbildungen im Bereich der Oberlippe, der linken Ohrmuschel und der linken Hand, der linke Bulbus fehlt. Ursache der Mißbildung sind Amnionverwachsungen.

Oppenheim bemerkt in dieser Diskussion, daß eigentlich zwei Arten von Hautveränderungen vorhanden sind, eine Aplasia cutis congenita und Anetodermia maculosa, beide durch Amnionverwachsungen bedingt. Die letztere Form besteht in einer Bildung von säckchenartigen Vorstülpungen von verdünnter Haut. Diese sieht durch die Verdünnung rötlich aus und macht den Eindruck von schlaffen Blasen.

A. v. Reuss. **Hämatom der Nebennieren bei einem Neugeborenen (anatomisches Präparat).** Am Ende des 2. Lebenstages Fieber und auffallende Blässe sowie Zyanose, Nahrungsverweigerung, Exitus am 6. Tag unter fortschreitendem Verfall, hochgradige Blässe und wiederholtes Erbrechen. Bei der Obduktion ergab sich ein hühnereigroßes Hämatom der rechten Nebenniere mit Durchbruch in das retroperitoneale Zellgewebe und Infiltration des ganzen Gekröses. Kleines Hämatom der linken Nebenniere. Die Nebennierenhämatome dürften nicht so selten sein, als es den Anschein hat. Als Ursache wird Geburtstrauma angegeben, doch meint R., daß dies nur prädisponierend in Betracht kommt. Er rechnet die Erkrankung in das Gebiet der hämorrhagischen Diathesen der Neugeborenen.

A. v. Reuss. **Ein Fall von spontan geheilter hämorrhagischer Erkrankung beim Neugeborenen.** Starke Kopfgeschwulst über dem linken Scheitelbein, die allmählich zunahm. Am 3. Tage entwickelte sich eine zunehmende intensiv blaue Verfärbung der Haut bis über die Ohrmuschel und Augenlider. Es trat Nasenbluten auf. Zwei schwarze Stühle. Intensiver Ikterus. Allgemeinbefinden gut. Die Blutungen sistierten am Ende der ersten Woche. R. reiht auch diesen Fall in die Gruppe der hämorrhagischen Erkrankungen der Neugeborenen ein.

A. v. Reuss. **Erhaltung und Steigerung der Milchsekretion, ausschließlich durch manuelle Entleerung der Brustdrüsen.** Das Kind wird durch 9 Wochen mit abgespritzter Frauenmilch ernährt. Dabei nahm die Milchmenge der Mutter zu. Dieser Fall bestätigt die Erfahrungen von Helbich, dem es gelang, durch Absaugen mit der Milchpumpe die Sekretion durch Wochen und Monate zu erhalten.

Egon Rach. **9 jähriger Knabe mit musikalischem, auf Distanz hörbarem Herzgeräusch.** Patient hat vor 2 Jahren eine schwere Diphtherie überstanden. Jetzt findet sich Erweiterung der linken Pupille, Steigerung der Patellarsehnenreflexe,

Fußklonus, Babinski, spastischer Gang (auf luetischer Basis), Herz nach links vergrößert. Über allen Ostien ist ein systolisches Geräusch zu hören (am lautesten an der Spitze), daneben ein diastolisches Geräusch, dieses am lautesten über der Aorta. Das Geräusch ist singend oder giemend und auf ca. 20 cm Distanz noch hörbar. Es trat unter der klinischen Beobachtung plötzlich auf. An den Vortagen war nur ein typisches gießendes Aortengeräusch zu hören. Die Ursache dürfte vielleicht in der Anspannung eines sehnigen Fadens zu suchen sein.

H. Januschke. **Wie können wir therapeutisches Versagen mancher Arzneimittel erklären und verhüten?** Einleitend demonstriert J. das in der Pharmakologie bekannte Experiment, in dem durch Morphium ein Krampf des Pylorus erzeugt wird, wodurch in den Magen gebrachte Gifte, z. B. Strychnin, nicht zur Wirksamkeit gelangen können, da sie vom Magen aus nicht resorbiert werden. Wird dieselbe Menge intravenös injiziert, so tritt bei demselben Tier die Strychninvergiftung ein. Bei einem Nephritiker mit urämischen Anfällen und bei einem mit urämischen Singultus wurde zuerst Morphium intern verabreicht. Im ersteren Falle trat erst nach 1—2 Stunden Besserung der Symptome auf, während im zweiten Fall das Medikament wirkungslos war. Subkutane bzw. rektale Anwendung des Morphiums in beiden Fällen führte zum gewünschten Ziele. Bei einem 13jährigen Knaben mit hochgradigem inkompensierten Vitium (große Stauungsleber, durch Ödeme prall gespannte Extremitäten, Orthopnoe, Zyanose) hatte Digitalis per os gar keinen Einfluß. Intravenöse Injektion von $^1/_4$ mg, 24 Stunden danach $^1/_4$ mg, dann in Pausen von 4—6 Tagen $^3/_4$ mg Strophantin hatten prompten Rückgang der subjektiven Beschwerden zur Folge. Die Schlaflosigkeit schwand, Patient bekam Appetit. Die Leber wurde dagegen wenig kleiner, auch die Ödeme nahmen nicht wesentlich ab. Diese sind wahrscheinlich durch eine begleitende Nephritis bedingt. Die Wirkungslosigkeit der Digitalispräparate per os dürfte damit zu erklären sein, daß die Resorption durch Stauung im Darm wesentlich verschlechtert war. Weiters dürfte auch durch die allgemeine Stauung und Ödembildung das Gift so verdünnt werden, daß dessen Wirkung ausbleibt.

Diskussion. Eisenschitz hat beobachtet, daß manche Patienten nach Subkutaninjektion keine Morphiumwirkung zeigen, ja sogar erregt werden, dagegen nach innerer Darreichung schlafen. Weiss sah bei einer alten Frau mit Karzinom gute Wirkung bei interner und rektaler Anwendung des Morphiums, dagegen fehlte auffallenderweise jegliche schlafmachende Wirkung bei subkutaner Injektion trotz hoher Dosierung. J. erwidert, daß die Beobachtung in individueller Verschiedenheit ihre Erklärung finden kann. So wirkt das Morphium bei verschiedenen Tiergattungen verschieden (statt beruhigend erregend). Die Beobachtung von Weiss ist nach dem heutigen Stand unseres Wissens nicht zu erklären.

Schick.

---

84. Versammlung Deutscher Naturforscher und Arzte, Münster i. W.

15.—21. September 1912.

Abteilung für Kinderheilkunde.

(Nach der Deutschen med. Wochenschrift.)

Vorsitzende: Roberg (Münster i. W.), Falkenheim (Königsberg), Czerny (Straßburg), Finkelstein (Berlin); Schriftführer: Brüning (Rostock).

16. September. Otto Heubner (Berlin): **Über chronische Nephrose im Kindesalter.** Auf 17000 Gesamtaufnahmen, welche in den letzten 17 Jahren in der Berliner Kinderklinik erfolgten, kamen 73 Kinder mit chronischer Nephrose. Der

Hauptanteil unter den Erkrankungen fiel auf zwei Formen. An erster Stelle (30 Fälle) steht ein Syndrom, wie es beim Erwachsenen nicht oder nur selten beobachtet zu werden scheint: eine chronische hämorrhagische Nephrose, welche einerseits durch die monate- und jahrelange, fast ununterbrochen bestehende, hämorrhagische Beschaffenheit des Urins und anderseits durch das regelmäßige Auftreten meist sehr hochgradiger Wassersucht gekennzeichnet wird. Die Urinmenge ist zumeist unternormal, der Eiweißgehalt bedeutend. Im Sediment weiße und rote Blutkörperchen und Zylinder aller Art. Immer besteht eine Gefahr der Urämie. Die Prognose ist stets ungünstig. Ätiologisch scheint eine konstitutionelle Veranlagung (Lymphatismus) unter Hinzutritt infektiöser Momente von Bedeutung zu sein. Eine zweite Form (16 Fälle) steht der ersten zwar nahe, unterscheidet sich aber von ihr dadurch, daß der hämorrhagische Charakter vollkommen fehlt, und daß der Verlauf zumeist nicht so protrahiert ist wie bei der ersten Form. Die Behandlung beider Formen ist symptomatisch und leistet am ehesten etwas in der Beseitigung des Hydrops durch Diuretica und Digitalis. Diesen 46 Fällen stehen 17 Fälle leichterer Natur gegenüber, von denen 13 zur Pädonephritis gehören und 4 zur intermittierenden Albuminurie mit nephritischen Erscheinungen. Das Besorgniserregende bei diesen beiden Gruppen besteht in der langen Dauer der Erkrankung. Die Behandlung ist diätetisch; der Vortragende warnt ausdrücklich davor, auch in diesen leichten Fällen den ganzen großen Apparat wie bei Behandlung schwerer Formen anzuwenden. Der Rest der Fälle besteht aus einigen Erkrankungen an Schrumpfniere und aus chronischen Nierenaffektionen im Anschluß an Pyelitis.

Diskussion. Friedrich v. Müller (München) weist darauf hin, daß Nierenerkrankungen mit dauernder Blutausscheidung größtenteils auf vorangehende einmalige oder wiederholte Anginen zurückzuführen sind; sie gehen beim Erwachsenen nicht so häufig mit Ödemen einher als beim Kind und sind auch weniger prognostisch ungünstig. Die Stickstoffausscheidung ist zumeist gestört und daher diagnostisch und prognostisch wichtig. — Göppert (Göttingen): Nach Pyelitis findet sich sehr häufig monatelange Eiweißausscheidung; meist sind es leichtere Fälle. — Abelmann (St. Petersburg) beobachtete unter etwa 1000 Fällen beim Kinde 38 Fälle von chronischer Nephritis, die zumeist der von Heubner geschilderten ersten Gruppe angehörten.

Schick (Wien): **Diphtherietoxin-Intrakutanreaktion beim Menschen.** Durch intrakutane Injektion von Diphtherietoxin in der Menge von 0,1 und einer Verdünnung von 1:1000 wird eine Hautreaktion erzielt, deren Entstehen durch gleichzeitige Injektion von Heilserum unterdrückt wird. Von den etwa 400 untersuchten Kindern reagierte etwa die Hälfte positiv. Es konnte in 50 Fällen nachgewiesen werden, daß positiv reagierende Fälle keinen Schutzkörper im Serum besitzen, während bei negativem Ausfall Schutzkörper im Serum nachweisbar sind. Die Beobachtung, daß Tuberkulöse nicht nur auf Tuberkulin, sondern auch auf Diphtherietoxin positiv reagieren, wurde nicht bestätigt (160 Fälle gleichsinniger, 150 Fälle divergenter Ausfall).

Diskussion. Noeggerath (Berlin) fragt an, ob den Untersuchungen ein diagnostischer Wert, z. B. bei Eruierung der diphtherischen Ätiologie von Lähmungen, beizulegen ist. — Bahrdt (Berlin) fragt an, ob besondere Beziehungen zu der Reaktion bei den Bazillenträgern bestehen. — Bauer (Düsseldorf) bestreitet mit dem Vortragenden die Annahme von der unspezifischen allgemeinen Allergie, z. B. bei Tuberkulose. — Schick (Schlußwort): Postdiphtherische Lähmungen geben einen negativen Ausfall der Reaktion, wenn Antitoxin im Blutserum vorhanden ist, und das ist meist der Fall.

Frl. Schwenke (Breslau): **Diagnostische Bedeutung der Döhleschen Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach.** Im ganzen wurden 81 Fälle, darunter 11 Scharlachfälle, untersucht. Letztere, in der ersten Krankheitswoche untersucht, gaben alle positiven Befund. Die Einschlüsse nahmen von Tag zu Tag ab und sind jenseits des siebenten Krankheitstages nur noch vereinzelt zu finden. Für Scharlach pathognostisch sind die Leukozyteneinschlüsse nicht. Sie finden sich z. B. in allen Fällen von kruppöser Pneumonie (2. bis 9. Krankheitstag) und bei einer ganzen Reihe anderer Erkrankungen. Die Annahme Döhles, daß es sich um eine Spirochäteninfektion handelt, erscheint der Vortragenden unwahrscheinlich. Es dürfte sich bei den Einschlüssen um eine Reaktion des hämatopoëtischen Systems auf bakterielle Gifte handeln.

Diskussion. Vogt (Straßburg): In der Kinderklinik untersuchte Kretschmer etwa 100 Scharlachfälle und etwa 170 Kontrollfälle. In sämtlichen Scharlachfällen fiel das Ergebnis positiv aus, soweit die Untersuchungen innerhalb der ersten acht Krankheitstage ausgeführt wurden. Bei den Nichtscharlachfällen fielen die Untersuchungen vielfach positiv aus, doch finden sich die Einschlüsse regelmäßig und am schnellsten bei Scharlach.

Roberg (Münster i. W.): a) **Serumexanthem nach Einspritzung von Diphtherieserum. — b) Enteritis membranacea mit sehr heftigen Darmblutungen bei einem Säugling.** a) Nach Injektion von 2000 Immunitätseinheiten von Hoechster Antidiphtherieserum bei einem an Diphtherie kranken, ein Jahr alten Knaben trat 12 Tage nach der Injektion ein stark juckender Quaddelausschlag und am nächsten Tage ein Hautausschlag von teils hellroten, teils blauen Stellen auf, der dem Körper ein marmoriertes Aussehen gab.

Diskussion. v. Pirquet (Wien) bemerkt, daß die beschriebene Abart des Serumexanthems bei den jetzt üblichen Dosen von Diphtherieserum nur selten vorkommt; häufig dagegen in früherer Zeit und bei den großen Serumdosen, wie z. B. beim Scharlachserum.

b) Bei einem 5 Monate alten Knaben traten im Verlaufe einer Ernährungsstörung blutige Stühle auf. Nach mehrtägiger Dauer wird mit dem Stuhl ein etwa 36 cm langer grauer Strang entleert, den der Vortragende für einen Darmausguß hält. Heilung.

In der Diskussion findet die Diagnose Widerspruch.

Dünzelmann (Leipzig): **Salvarsan und Neosalvarsan bei Lues congenita.** Die Untersuchungen erstrecken sich auf ein Material von 40 Fällen, bei welchen, da die subkutane und intramuskuläre Methode sich wegen der Gefahr von Nekrosebildung als ungeeignet erwiesen hatte, nur intravenöse Injektionen ausgeführt wurden, und zwar in zehn Fällen stark verdünnte Lösung, in den übrigen 5%ige Lösung, in letzter Zeit 0,1—0,2 Neosalvarsan pro Injektion und bis zu 1,6 Neosalvarsan in neun Injektionen bei einem Kinde. Die Wirkung des Mittels auf die luetischen Symptome war immer sehr auffallend. Das Exanthem und die Papeln verschwanden prompt, nicht so schnell die Rhinitis, Milz- und Lebertumor und Osteochondritis. Besonders stark reagierten vorher schon Infizierte (Bronchitis, Bronchopneumonie). Alle Erscheinungen, welche nach der Injektion eintraten, waren bei den verschiedenen Kindern äußerst wechselnd. Zweimal traten nach der Injektion multiple Hautnekrosen auf. Von 37 intravenös mit Salvarsan oder Neosolvarsan injizierten Kindern starben fünf. Rezidive wurden fünfmal beobachtet. Das Neosolvarsan, in der Wirkung dem Salvarsan gleich, hat den Vorzug schnellerer Löslichkeit und einfacherer Zubereitung, vielleicht auch geringerer Giftigkeit, auch besteht weniger die Gefahr der Nekrose. Die mit Quecksilber kombinierte Behandlung scheint der alleinigen Salvarsantherapie überlegen zu sein.

Welde (Berlin): **Poliklinische Behandlung der kongenitalen Lues mit Neosalvarsan (bzw. Salvarsan).** Ambulant behandelt wurden 30 Fälle mit insgesamt 122 Injektionen, davon 70 mal nur intravenös (mit Altsalvarsan), 52 mal mit Neosalvarsan (24 intravenös, 28 intramuskulär). Die Dosierung war regelmäßig 0,1 Altsalvarsan. Zumeist Lösungen von 0,1 auf 2; sämtliche intravenösen Einspritzungen in die Schädelvenen. Der Erfolg spricht dafür, daß die Salvarsanbehandlung bei nicht allzu schweren Fällen (die viszeralen Fälle wurden der Klinik überwiesen) auch ambulant mit Erfolg durchgeführt werden kann.

Diskussion. Noeggerath (Berlin) berichtet über die erfolgreiche Behandlung mit Neosalvarsan intestinaler Säuglingslues. In einigen Fällen erwies sich mit Quecksilber kombinierte Behandlung als notwendig. — Reyher (Berlin) fragt an, inwieweit der Erfolg röntgenologisch an dem Einfluß auf die Knochenveränderungen kontrolliert wurde.

A. Köppen (Norden): **Katarrh der Gallengänge im Kindesalter.** Die Krankheit läßt sich in drei Stadien einteilen: im ersten Stadium Dunkelfärbung des Urins durch vermehrten Urobilingehalt; im zweiten Stadium Entfärbung des Stuhls; im dritten Stadium kann die Krankheit mit Genesung enden. Das Urobilin ist identisch mit dem äußersten Oxydationsprodukt des Bilinurins, dem Choletelin.

17. September. Ellenbeck (Düsseldorf): **Hämolyse der Frauenmilch.** In der Frauenmilch entsteht beim Aufbewahren ein inkomplexes, stabiles Hämolysin.

Dessen Bildung wird verzögert durch starkes Erwärmen oder Abkühlen, findet aber im Eisschrank gut statt. Hierdurch kann das Bestehen eines hämolytischen Komplements vorgetäuscht werden. Der Ursprung dieses Hämolysins liegt in der Sahne der Frauenmilch. In der Kuhmilch findet es sich nicht.

Diskussion. Söldner (Stuttgart) macht darauf aufmerksam, ob nicht die Einwirkung des Sauerstoffs der Luft beim Stehen und Schütteln der Frauenmilch zur Bildung der hämolytischen Wirkung führe. — Engel (Düsseldorf): Die Veränderungen der Frauenmilch beim Schütteln beziehen sich namentlich auf das Fett. — Bauer (Düsseldorf): Das inkomplexe Hämolysin der Frauenmilch, wie es der Vortragende beschreibt, hat nichts mit der Komplementhämolyse zu tun. Kuhmilch besitzt das inkomplexe Hämolysin nicht. — Köppe (Gießen): Von der Entfernung aus der Milchdrüse an ändert sich die Milch ununterbrochen. Es können dabei auch fermentartige Stoffe entstehen: die Peroxydasereaktion fällt positiv aus; der Gehalt an Katalase nimmt ab.

Moro (Heidelberg): **Molke und Zelle.** Kritik der sogenannten Molkenaustauschversuche von L. F. Meyer unter Vorführung neuer Ernährungsversuche an sieben Säuglingen. Bericht über Versuche zur Beantwortung der Frage nach dem Einfluß der Molke auf die Darmepithelzelle. Methodik: Vitale Zellfärbung und Zellatmung.

Diskussion. Friedenthal (Nikolassee): Für die Vitalfärbung wäre Methylenblau besser geeignet gewesen. — Bahrdt (Berlin) meint, man hätte statt der Darmepithelzellen Magenepithelien verwenden sollen. — Finkelstein (Berlin) geht ausführlich auf die L. F. Meyerschen Molkenaustauschversuche ein und verweist auf die diesbezüglichen Ausführungen in seinem Lehrbuche.

E. Benjamin (München): **Schwerverdaulichkeit des Kuhmilchkaseins.** Aus den Austauschversuchen L. F. Meyers läßt sich nicht ableiten, daß die Verschiedenheit der Molke vor allem anderen die Ursache für die verschiedene Bekömmlichkeit der Kuh- und Frauenmilch ist. Bei Frauenmilchmolke + Kuhmilchfett — Kasein kommt es zuweilen zu toxischen Erscheinungen, fast stets zur Entleerung zäher Klumpen im Stuhl, deren Zusammenhang mit dem Kasein sich erweisen ließ. Bei Eiweißmilch kommt es dagegen niemals zur Ausscheidung derartiger Gebilde, wenn der ihr zugefügte Käse aus roher Milch stammt; wird dagegen ihr Buttermilchanteil durch rohe Magermilch ersetzt, so treten häufig Bröckel auf, deren Zahl, Größe und Konsistenz durch Milchsäurezusatz verringert werden kann. Jene Säuglinge, die bei Fütterung mit diesem Gemisch große Mengen Kasein ausscheiden, gedeihen scheinbar auch bei Ernährung mit gewöhnlicher Eiweißmilch langsam.

Kleinschmidt (Marburg): **Experimentelle Untersuchungen über Sensibilisierung durch Milchfütterung.** Darmgesunde, ausgewachsene Meerschweinchen, die etwa 3 Wochen mit Kuhmilch gefüttert wurden, bekamen regelmäßig nach intrakardialer Injektion von Kuhmilch Überempfindlichkeitserscheinungen, gewöhnlich schwersten anaphylaktischen Shock mit tödlichem Ausgang. Mit kurz aufgekochter Milch sind die gleichen Resultate zu erhalten. Bei Verwendung von $^1/_4$ Stunde gekochter Milch treten höchstens leichte oder zweifelhafte Erscheinungen ein. An der Überempfindlichkeit sind sowohl Kasein wie Albumin beteiligt, wie durch Injektion dieser Eiweißkörper nach Milch- bzw. Molkenfütterung bewiesen wurde. Antinaphylaxie durch Milchfütterung nach subkutaner Sensibilisierung zu erzeugen, gelang nicht.

Diskussion. Bahrdt (Berlin): Beweisend würden erst Versuche sein, per os gegen eine Zufuhr per os zu sensibilisieren. — Lust (Heidelberg) sieht das Auffallende an den Versuchsergebnissen darin, daß der anaphylaktische Zustand bei intakter Darmwand sich erzielen ließ. Ihm selbst sei es beim Meerschweinchen nicht gelungen, den Übergang von artfremdem Eiweiß ins Blut nachzuweisen, so lange nicht eine starke Darmschädigung vorangegangen war; ebenso Krasnogorsky beim Hund. — Bauer (Düsseldorf) ist es nicht gelungen, Meerschweinchen durch Verfüttern von Kuhmilch gegen diese zu anaphylaktisieren. — Langstein (Berllin) hebt hervor, daß die Versuchstiere, an denen Kassowitz arbeitete, an einer hochgradigen Enteritis litten, die durch Podophyllin hervorgerufen war.

C. T. Noeggerath (Berlin): **Einfluß der Zubereitung auf die Verlabbarkeit von Säuglingsmilchen.** Vortr. verglich die Verlabungszeiten roher, pasteurisierter und gekochter Vollmilch sowie ihrer Verdünnungen mit Wasser, Schleim und Zucker-

arten untereinander. Die Zerealienschleime (Reis, Weizen, Hafer) sowie Soxhlets Nährzucker, Rademanns und Kufeckes Mehl wirkten stark, Theinhardts Infantina weniger und Nestlés Mehl kaum beschleunigend auf die Verlabung. Letzteres hemmte gelegentlich ebenso wie manchmal Malzzucker und wie regelmäßig Rohr- und Milchzucker. Erhöhte Konzentration der Schleime und Zucker beschleunigt die Verlabung. Hierzu kommt die verlangsamende Wirkung steigender Erhitzung sowie des Zusatzes von Wasser. In den verschiedenen trinkfertigen Schleim-zucker-Milchmischungen addieren sich die Einflüsse gleichsinnig wirkender Zusätze, während bei deutlich entgegengesetzt wirkenden Bestandteilen das stärkere die Verlabungsgeschwindigkeit beeinflußt. Erhitzen und Verdünnen und im erhöhten Maße Schleimzusatz lassen den Käse lockerer werden, während die Zucker mit Ausnahme des verhärtenden Soxhletschen Nährzuckers hierfür bedeutungslos sind. Jedenfalls verwandeln sich, zum mindesten beim jungen Säugling, die in praxi verwendeten Milchmischungen nicht zu abschmelzenden Klumpen, sondern in durchgemischte Breie.

In der Diskussion sprechen Tobler (Breslau), Salge (Freiburg), Engel (Düsseldorf), Bahrdt (Berlin), Noeggerath (Berlin) über die Versuchsergebnisse bei verschiedener Methodik und über die Deutung der Versuche.

Hans Aron (Breslau): **Beeinflussung des Wachstums durch die Ernährung.** In Fortsetzung älterer Untersuchungen an Hunden wurden die Wirkungen einer zeitweisen Unterernährung (Beschränkung der Nahrungszufuhr) bei wachsenden Ratten studiert. Trotz Gewichtsstillstandes schreitet auch hier das Knochenwachstum und damit das Längenwachstum im Anfang deutlich fort, wie sich auf Photographien und Röntgenbildern zeigen läßt. Die chemische Analyse ergibt selbst bei Gewichtsabnahme eine Vermehrung des absoluten Mineralstoffbestandes, und bei Gewichtsstillstand kann der Aschegehalt bis auf das $2^1/_2$fache zunehmen. Selbst nach sehr intensiver Beschränkung der Nahrungszufuhr, durch welche die Tiere an Gewicht und Größe weit hinter ihren normalen Brudertieren zurückbleiben, verfügen die Tiere, wenn sich die Hemmung des Wachstums nicht über die ganze Jugendzeit erstreckt, noch über eine lebhafte Wachstumsfähigkeit und sind imstande, die Folgen der erlittenen Wachstumsbeschränkung anscheinend restlos auszugleichen. Nur wenn die Nahrungsbeschränkung und die dadurch hervorgerufene Wachstumshemmung über die ganze Jugendzeit andauert, dürfte, nach einem früheren Hundeversuch zu urteilen, die Wachstumsfähigkeit erlöschen.

Diskussion. Schlossmann (Düsseldorf) weist auf die völlige Analogie der Tierexperimente mit den klinischen Beobachtungen an atrophischen Kindern hin, bei denen die spätere Entwicklung in vielen Fällen sich ganz normal abspielt, wenn die richtige Nahrung in ausreichender Menge gegeben wird. — Tobler (Breslau) begründet nochmals gerade die Anstellung von Tierversuchen und bespricht die Möglichkeit eines Nachwachstums. — Mit den klinischen Beobachtungen von Wachstumshemmung beschäftigen sich weiter Köppe (Gießen), Risel (Leipzig) und Lust (Heidelberg). — Langstein (Berlin) weist darauf hin, daß nicht scharf genug eine Wachstumshemmung durch Unterernährung (Tierversuche) und eine solche durch Krankheit (klinische Beobachtung) unterschieden werde.

Erich Aschenheim (Heidelberg): **Fett-, Kalk- und Stickstoffwechsel des Säuglings.** Bei Verabreichung einer fettreichen und kalkarmen Nahrung kommt es nicht zur festen Stuhlbildung. Bei Darreichung fettreicher Kost findet sich stets etwas Fett im Kot, das demnach in den Darm ausgeschieden sein muß. Die absoluten Mengen sind so gering, daß sie bei Berechnung der Fettausnützung bei fettreicher Kost wohl vernachlässigt werden können. Dagegen ergibt eine prozentuale Berechnung, daß ein nicht unerheblicher Teil des Trockenkots bei fettreicher Kost von Darmfett gebildet werden kann. Der Kalkstoffwechsel steht stets im engsten Zusammenhang mit dem Fettstoffwechsel. Dies zeigt sich bei allen Kindern in der Beeinflussung der Kalkausscheidungswege: bei fetthaltiger Kost geht die Harnkalkmenge zugunsten der Kotkalkmenge zurück, während bei fettreicher Kost das umgekehrte Verhalten Platz greift. Beim gesunden Kinde wird durch diese Korrelation der Ausscheidungswege eine Verschlechterung der Kalkbilanz meist verhindert, während beim kranken oder rekonvaleszenten Kinde die Vermehrung der Kotkalkmenge bei vermehrter Fettzufuhr so groß

sein kann, daß es zu einer deutlichen Verschlechterung, bzw. negativen Kalkbilanz kommen kann. Der Stickstoffnutzungswert wurde in zwei untersuchten Fällen durch eine Fettzulage sehr gebessert.

Diskussion. Tobler (Breslau) weist auf seine früheren Untersuchungen über Phosphaturie und Calcariurie hin, sowie auf den Versuch Molls, den Einfluß des Fettes therapeutisch zu benützen, um die vermehrte Harnkalkmenge nach dem Darm abzuleiten. — Bahrdt (Berlin) sieht gleichfalls in der durch die Fettzufuhr hervorgerufenen erhöhten Kalkausscheidung in den Darm einen Schutzmechanismus.

Kassowitz (Wien) und Langstein (Berlin): **Gemüsekost im Säuglingsalter.** L. berichtet über Versuche mit nach dem Verfahren von Friedenthal hergestellten Gemüsepulvern. Schon die Untersuchung der Stühle jener Kinder, welche mit diesem Gemüsepulver ernährt wurden, ließ den Schluß zu, daß die Ausnützung ungleich besser ist als die der nach der üblichen Art zubereiteten Gemüse. Vom klinischen Standpunkte aus ist zu bemerken, daß es möglich ist, Kindern schon im 5.—6. Monat Gemüsepulver in Milch und Milchmischungen zu verabreichen; auch große Mengen werden ohne Schaden vertragen. Bei der oft bestehenden Notwendigkeit, Säuglingen vom 6. Monat an Salz in genügender Menge für den Gewebeaufbau zuzuführen, ist diese Tatsache von nicht geringer Bedeutung. Den stringenten Beweis einer guten Ausnützung gaben vier Stoffwechselversuche, die von K. unternommen wurden, in denen sich zeigte, daß sowohl Stickstoff als auch Asche dieser Gemüsepulver vom Säugling verwertet werden kann. Es scheint, daß diese Methode nicht nur bei der Ernährung des gesunden Säuglings, sondern auch bei der des kranken Vorteil hat. Jedenfalls verdient die Methode eine Erprobung im großen Stil.

Diskussion. Schlossmann (Düsseldorf) weist auf die führende Rolle Lahmanns in dieser Frage hin und auf die Vorteile, welche die Verwendung natürlicher Gemüse gerade beim Kinde habe. — Friedenthal (Nikolassee) hebt die Reizlosigkeit der Gemüsepulver für Kinder, auch für kranke Kinder, hervor.

(Schluß folgt.)

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

Dreesmann (Köln): **Behandlung des Klumpfußes.** Die Behandlung soll möglichst sofort nach der Geburt beginnen. Sie muß aber dann so gestaltet sein, daß auch der praktische Arzt in der Lage ist, die Behandlung selbst zu leiten und zu überwachen. Die von Oettingen und Finck empfohlene und in der Hand des Orthopäden best bewährte Methode ist hierfür zu kompliziert. Auch die Anlegung von Gipsverbänden stößt bei den Säuglingen auf große Schwierigkeiten. Dagegen hat sich eine einfache Bandage als außerordentlich zweckmäßig erwiesen. Sie besteht aus einer Metallsohle für den Fuß, die mittels einer Lederhülse über dem Fußrücken am Fuß befestigt wird. Eine von der Fußsohle über die Ferse ziehende Kappe mit Schnallen, über den Knöcheln fixiert, hindert das Abgleiten der Fußsohle nach vorn. Von dieser Fußsohle gehen an der Außenseite zwei Gummigurte aus, einer im Bereich des Grundgelenkes der kleinen Zehe, der zweite an der Außenseite der Ferse. Diese werden an einer ledernen Oberschenkelhülse bei gebeugtem Knie angeschnallt, so fest, daß der Fuß in die richtige Lage zu stehen kommt. Die Oberschenkelhülse selbst ist an der Außenseite, um das Herabgleiten zu verhüten, an einen Beckengurt befestigt. Dieser kann bei kleinen Säuglingen aus einem einfachen Gurtband bestehen. Um sein Herabziehen zu verhüten, gehen von ihm zwei Gurtbänder aus, die über die Schulter geführt sind und sich sowohl im Rücken wie auf der Brust kreuzen. Lediglich mit diesem einfachen Apparat, der leichte Überwachung ermöglicht und die Beweglichkeit der Gelenke nicht einschränkt, erzielt Vortragender innerhalb weniger Wochen bei Säuglingen eine vollständige Korrektur von schwerstem Klumpfuß. Selbstverständlich wird der Apparat noch längere Zeit, später nur noch nachts, getragen werden müssen, bis das Kind gehen kann und durch nor-

male Belastung ein Rezidiv verhütet wird. Bei älteren Kindern wird man am zweckmäßigsten ein blutiges Redressement der Apparatbehandlung vorausschicken.

Diskussion. Schulze (Duisburg) legt der sehr frühzeitigen Behandlung des Klumpfußes keinen Wert bei, er will ein fertig ausgebildetes Fußskelett, das am Ende des ersten Lebensjahres etwa erreicht ist. Apparatbehandlung, die das Kind der Aufsicht des Arztes entzieht, ist zu verwerfen. Es muß Vollwertigkeit der Korrektur erzielt werden durch das Redressement, das ist nur möglich durch Apparat (Osteoklast II). Danach wird Gipsverband in rechtwinkliger Knieflexion angelegt, was in diesem Alter wohl möglich ist. — Müller (Rostock) steht auf dem Standpunkt, daß bei der Klumpfußbehandlung verschiedene Methoden zum Ziele führen können, so auch einmal die alte Keilosteotomie bei schwerem veralteten Klumpfuß. Müller hat in einem solchen Fall eine Keilosteotomie vorgenommen, den Keil dann aber in umgekehrter Richtung mit der Basis innen und der Spitze außen wieder eingesetzt, völlige Einheilung erzielt und damit die Verkürzung des Fußes vermieden. — Schulze (Duisburg) verwirft auch bei veraltetem Klumpfuß die Operation völlig. Auch hier führt das lege artis ausgeführte Redressement mit dem Osteoklast mit absoluter Sicherheit zum völligen Erfolg. Bis zur 4. Woche muß in jedem Falle Vollkorrektur erreicht sein. — Becher (Münster): Die blutige Operation führt in extremen Fällen schneller und sicherer zum Ziele als das Redressement. — Dreesmann (Schlußwort) hält im Verlauf des ersten Lebensjahres den Versuch mit anderen Methoden immerhin für empfehlenswert. Es kann dann ja stets im Falle eines ungenügenden Erfolges am Ende des ersten Lebensjahres die von Schulze empfohlene Behandlung eintreten.

Goebel (Kiel): **Freie Muskeltransplantation.** Vortr. stellt einen 5jährigen Knaben vor, bei welchem im Anschluß an eine Extensionsfraktur am unteren Ende des rechten Humerus am 30. November 1911 sich allmählich eine Kontraktur des zweiten bis fünften Fingers der rechten Hand gebildet hatte. Am 26. Januar 1912 bot der Knabe das ausgesprochene Bild der ischämischen Kontraktur des Flexor digitorum sublimis und profundus, die vier Finger konnten aktiv noch stärker gebeugt, auch wenig gespreizt, der Daumen normal bewegt werden. Sensibilitätsstörungen lagen nicht vor. Bei der Operation am 29. Januar 1912 fand sich die Unterarmfaszie narbig-fibrös, der Flexor sublimis stark, der Flexor profundus sehr stark fibrös. Beide Muskeln wurden aus ihrer narbigen Verwachsung gelöst, nahe dem Übergang vom Muskel in die Sehnen quer durchtrennt und in die durch Streckung der Finger entstandene Lücke das obere Ende des rechten M. sartorius mit zugehörigem Nerven in den Flexor profundus und die dem rechten zehnten Interkostalnerven entsprechende Zacke des M. obl. ext. mit zugehörigem Nerven in den Flexor sublimis frei transplantiert, die beiden Nerven an verschiedenen Stellen des N. medianus implantiert, die geschrumpfte Unterarmfaszie durch ein Stück Oberschenkelfaszie ersetzt. Nach dem Vorgang von Jores und Schmidt wurde der rechte Unterarm vom Tag nach der Operation an täglich zweimal faradisiert. Der Erfolg war der, daß die transplantierten Muskeln einheilten; der funktionelle Erfolg entsprach in den ersten zwei Monaten nur der Verlängerung der Muskeln durch die Transplantate, vom dritten Monat an allmählich fortschreitende Besserung. Jetzt vollkommen normale Funktion. Die Finger können völlig gestreckt und mit Kraft vollkommen gebeugt werden. Die transplantierten Muskeln können auch ischämisch geworden, wie eine Sehnenverlängerung, eine Knochenverkürzung, oder eine Verlängerung durch transplantierte Faszie wirken. Er glaubt aber eine partielle Regeneration des transplantierten Muskels annehmen zu dürfen, da sich in den ersten beiden Monaten nach der Operation nur die durch die Verlängerung bedingte Besserung der Kontraktur gezeigt hat, vom dritten Monat an aber eine fortschreitende Besserung der aktiven Beugefähigkeit der Finger einsetzte, die das jetzige vorzügliche Resultat zeitigte. Absolute Sicherheit läßt sich nur durch autoptischen Befund erheben. G. empfiehlt das Verfahren zur Nachprüfung in geeigneten Fällen.

Diskussion. Wrede (Jena) hält an seiner Anschauung, daß quergestreifter Muskel nicht transplantierbar sei, fest. Seine Versuche haben das stets ergeben und stehen im Gegensatz zu denen von Jores. Auch den Fall Goebels hält er nicht für beweisend, da vorher noch geringe Beweglichkeit vorhanden war

und das Zwischenstück trotz der jetzt guten Funktion doch nekrotisiert und narbig ersetzt worden sein kann.

(84. Versamml. Deutscher Naturforscher u. Ärzte 1912, Abteil. f. Chirurgie.)

Isenschmid: **Vaskulärer Hirntumor.** (Mit Krankendemonstration.) Bei dem jetzt 11jährigen Mädchen entwickelte sich im 4. Lebensjahre nach einem Fall auf die Schläfengegend eine Vorwölbung daselbst. Die Punktion ergab Blut. In den folgenden Jahren traten alle 3—4 Monate Anfälle von Kopfweh mit Schwindel und Erbrechen ein. Im übrigen entwickelte sich das Kind gut. Im Mai 1910 traten auf einem Spaziergange Schwindelgefühl und Schwanken auf. Im Anschluß daran war das Kind 2 Tage bewußtlos. Nach dem Erwachen Erbrechen und Doppelsehen. Die Diagnose wurde damals auf Tumor cerebri (Osteom) gestellt. Es bestand Stauungspapille, Augenmuskelparese, Pulsverlangsamung. Das Kind erholte sich langsam. Im Mai 1911 trat dann wieder öfter Erbrechen, im Juni 1911 traten Krämpfe der linken Körperhälfte auf. Dann entwickelte sich links eine Lähmung, die sich jedoch rasch wieder rückbildete. Häufiges Erbrechen. Es wurde ein Aneurysma racemosum der A. meningea diagnostiziert und deshalb die A. carotis communis dextra unterbunden. Nach der Operation verschwand das vorher über dem Schädel hörbare laute systolische Geräusch, kehrte jedoch nach wenigen Tagen wieder zurück. Das Erbrechen schwand. Nach einigen Wochen leichter Anfall. Jetzt aber hat sich Babinskisches Zeichen eingestellt. Also subjektive Besserung, objektive Verschlimmerung. Der linke Ventrikel des Herzens ist erweitert. Die Aorta ist nach dem Röntgenbild erweitert. Die Karotiden und ihre Äste sind erheblich verdickt. Auf dem Röntgenbilde sieht man eine starke Erweiterung der Meningea media bzw. ihres Bettes im Knochen. Lues ist nicht die Ursache. Ob eine traumatische Ätiologie vorliegt, ist fraglich, da ja auch andere Arterien beteiligt sind.

Leber: **Gliom der Retina.** Vortr. bespricht zunächst den Aufbau der Geschwulst. Als charakteristisch für den Tumor bezeichnet er die Anordnung der Zellen um die Gefäße und die Gliomrosetten, die aus kegelförmigen Zellen bestehen. Die Geschwulst komme meist in den ersten Lebensjahren vor, trete nie nach dem 14. Lebensjahre auf, sei jedoch auch schon fötal entstanden. Aus letzterem Grunde sei ihre Entstehung nicht mit der Cohnheimschen Geschwulsttheorie zu erklären. Das Leiden sei öfters familiär beobachtet worden. So habe es von 16 Kindern einer Familie 10, von 14 Kindern einer anderen Familie 5 befallen. Auch eine Vererbung auf Verwandte sei beobachtet. Früher sei eine Vererbung auf die Nachkommen wegen des im frühen Kindesalter erfolgenden Todes der Krankheitsträger nicht beobachtet worden. Seit man die Operation mit Erfolg ausführt, hat man die Vererbung auf die Nachkommen öfters beobachtet: von Vater auf Kind; von Mutter auf 2 Kinder und 3 Vettern. Einmal wurde Vererbung von der Mutter auf beide Augen beider Kinder vererbt. In diesem Falle war das dritte Kind gesund. Es ist also eine echte Vererbung durch unbekannte Ursache festgestellt. Die beschriebenen Fälle lassen sich mit parasitärer Entstehung der Geschwulst nicht vereinbaren. Man muß frühzeitige Enukleation des Auges empfehlen. Die Verbreitung geschieht nicht durch Blut- oder Lymphweg, sondern durch den Sehnerven. Erst nach Übergang auf die Chorioidea treten Schädelmetastasen auf. Dadurch unterscheidet sich der Tumor vom Aderhautsarkom. Bei der Operation muß man ein möglichst großes Sehnervenstück entfernen. Unbedingt muß man den Sehnerven mikroskopieren. Ist der Sehnerv im Gesunden durchschnitten, so gibt es sicher kein Rezidiv. An der Heidelberger Klinik erreichte man 59 % Dauerheilungen. Leider sind oft beide Augen unabhängig voneinander erkrankt. Es wurden zwei Fälle von Spontanheilung mit Schrumpfung des Auges beobachtet. Diese Fälle sind theoretisch wichtig, weil sie zeigen, daß das gesteigerte Wachstum sich erschöpfen kann.

(Naturhistor.-mediz. Verein Heidelberg, 31. X. 1911.)

Goetze: **Masernexanthem und Masernübertragung.** 1. Dem Masernexanthem vergleichbare „Apotoxinwirkungen" in der Haut kennen wir nicht nur bei Variola und Serumkrankheit (nach v. Pirquet), sondern bei einer ganzen Reihe von Infektionskrankheiten. (Vakzination, Denguefieber, Pappatacifieber, Morbus Weilii, biliöses Typhoid oder Typhus biloides, akutes Exanthem mit typhösem Charakter, Schlammfieber, Tsutsugamushi- oder Kedanikrankheit, Spotted- oder Rocky

Mountain fever usw.) — 2. berichtet G. von einer von ihm ausgeführten Übertragung der Masern vom Menschen auf das Schwein: 1 ccm defibriniertes Masernblut, welches der Kubitalvene eines 24jährigen Masernkranken im akuten Eruptionsstadium entnommen war, wurde einem 10 Wochen alten Ferkel steril in die Ohrvene injiziert. Nach 10 Tagen trat bei dem Versuchstiere eine deutliche Steigerung in der Temperatur-, Puls- und Atmungskurve auf, verbunden mit der Entwicklung zahlreicher mohnkorn- bis erbsengroßer, hellroter Flecke auf beiden Ohren; starker Abfall der Temperatur-, Puls- und Atmungskurve am 11. Tage.
(Verein Posener Ärzte, 17. III. 1912.)

IV. Neue Bücher.

H. Neumayer. **Nase, Rachen und Kehlkopf.** 2. Auflage. Verlag von G. H. Moritz in Stuttgart. Preis: 1.20 Mk.

Im 6. Bändchen der „Bücherei der Gesundheitspflege" behandelt N. die Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs. Es ist dem Autor in glänzender Weise gelungen, populär und doch streng wissenschaftlich dieses für das Kindesalter besonders wichtige Gebiet zu behandeln. Hauptsächlich der 2. Teil, die Pflege der gesunden oberen Luftwege bietet eine Fülle von Ratschlägen, die auf eine sachgemäße Prophylaxe hinweisen. Die Kapitel über Skrofulose, Störungen der Stimme und Sprachfehler und der IV. Teil: Die Berücksichtigung der oberen Luftwege bei Berufswahl und Sport interessieren den Pädiater. Das Werkchen erscheint sehr geeignet, den Eltern gesunder und nasenrachenkranker Kinder aus prophylaktischen Gründen in die Hand gegeben zu werden. A. Feuchtwanger.

H. Brüning nnd E. Schwalbe. **Handbuch der Allgemeinen Pathologie und der Pathologischen Anatomie des Kindesalters.** Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden. 1. Band. I. Abteilung. Preis: Mk. 13,60.

Man ist wohl aus dem vorliegenden Halbband dieses Werkes, das zwei Bände umfassen soll, bereits berechtigt, Schlüsse zu ziehen. Und da muß man zweierlei sagen: Ein solches Handbuch war ein Bedürfnis, und die Herausgeber und ihre zahlreichen Mitarbeiter, durchaus Autoritäten ersten Ranges, haben ihre Aufgaben glänzend gelöst. Sie bringen kurze, klare Artikel, die kein Wort zu viel enthalten, keinen Satz, der nicht praktisch Wichtiges ausspräche. Zahlreiche vorzügliche Bilder ergänzen den Text; die Ausstattung des Werkes ist auch sonst tadellos. Soviel vorläufig über das Handbuch, das gewiß bald in jeder pädiatrischen Bibliothek zu finden sein wird. Es sei nur noch der Inhalt des 7. Kapitels dieses ersten Halbbandes angegeben. 1. Geschichtliches, von H. Brüning. 2. Normale Altersunterschiede und Wachstum im Kindesalter. Allgemeines über Ursachen der Krankheiten im Kindesalter. Analyse der Altersdisposition, von E. Schwalbe. 3. Pathologie der Gewebe im Kindesalter, von J. G. Mönckeberg. 4. Parasiten im Kindesalter, von E. Peiper. 5. Infektionskrankheiten im Kindesalter, von H. Beitzke. 6. Allgemeine Mißbildungslehre und fötale Erkrankungen, von B. Wolff. 7. Geschwülste des Kindesalters, von H. Merkel.
Grätzer.

H. Klose. **Chirurgie der Thymusdrüse.** Verlag von F. Enke in Stuttgart.

Eine sehr eingehende und fleißige — das Literaturverzeichnis nimmt allein 45 Seiten des etwa 300 Seiten starken Buches ein — Arbeit, die bei dem starken Interesse, das heute mit Recht der Thymusdrüse sich zuwendet, gewiß einen

großen und dankbaren Leserkreis finden wird. Der Verf. hat alles zusammengetragen, was irgendwie von Belang ist, und stützt sich auf ein umfangreiches eigenes Material. In klarer und fesselnder Diktion wird alles zur Darstellung gebracht, zahlreiche Abbildungen tragen zum Verständnisse wesentlich bei. Das Buch bildet den 8. Band der von P. v. Bruns herausgegebenen „Neuen deutschen Chirurgie“. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

1. **Binsack, K.**, Fall von angeborenem ausgedehnten Naevus pigmentosus mit Pigmentflecken im Gehirn (Giessen). — 2. **Boesenseil, B.**, Erschwertes Décanulement und Diphtherierezidive (Kiel). — 3. **Huppenbauer, K.**, Klinisch-statistische Mitteilungen über Augenverletzungen bei Kindern (Tübingen). — 4. **Kaul, A.**, Abnorm schwere Neugeborene und ihre Gestationszeit (Breslau). — 5. **Kiessling, W.**, Angeborener Nieren- und Samenleiterdefekt, Kryptorchismus, krebsige Magenkolonfistel (Greifswald). — 6 **Kindt, J.**, Fall von retroperitonealem Sarkom bei einem $1^1/_4$jährigen Kinde (Kiel). — 7. **Klauhammer, W.**, Ovarialtumoren bei Kindern (Jena). — 8. **Knabel, M.**, Beiträge zur bakteriologischen Diagnose und Statistik der Diphtherie (Giessen). — 9. **Krebelmann, A.**, Fall von Meningitis luetica mit Gefäßerkrankung bei einem 2jährigen heredosyphilitischen Mädchen mit Bericht über einige Fälle aus der Literatur (München). — 10. **Krampitz, P.**, Einige seltenere Formen von Mißbildungen des Gehörorgans (Breslau). — 11. **Ludwig, P.**, Fall von Mißbildungen sämtlicher 4 Extremitäten (München). — 12. **Meyenberg, A.**, Fall von Ichthyosis congenita (Berlin). — 13. **Nickau, B.**, Struktur des Knochengewebes in den verschiedenen Lebensaltern (Tübingen). — 14. **Paulsen, E.**, Cholelithiasis beim Säugling (Kiel). — 15. **v. Przewoski, W.**, Beitrag zur Kenntnis der Morphologie und Biologie der Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillen (Rostock). — 16. **Raabe, W.**, Durchführung einer milchlosen Kost bei Spasmophilie (Göttingen). — 17. **Roismann, S.**, Ausdehnung der kindlichen Harnblase mit gleichzeitigem Aszites als Geburtshindernis (Berlin). — 18. **Rumpen, H.**, Über das Nichtgerinnen der gekochten Milch durch Lab (Marburg). — 19. **Schaub, G.**, Zur Pathologie der epidemischen Kinderlähmung (Marburg). — 20. **Schelbaum, P.**, Fall von doppelseitiger Coxa vara congenita mit einseitig deformierendem Prozeß (Straßburg). — 21. **Weinmann, B.**, Serologische Untersuchungen über das Verschwinden der kutanen Tuberkulinreaktion während der Masern (Heidelberg). — 22. **Weiss, G. A.**, Diagnostik und Ätiologie angeborener Pulmonalstenosen an der Hand eines Falles (München). — 23. **Wilckens, K. R.**, Zur Frage der kongenitalen Stenosen der männlichen Harnröhre (Heidelberg). — 24. **Wolff, G.**, Kalk- und Phosphorsäurestoffwechsel des Säuglings bei knapper und reichlicher Ernährung mit Kuhmilch (Berlin). — 25. **Zipp, K. W.**, Untersuchungen zur Säuglingsmortalität in den Jahren 1904—1911 (Giessen).

V. Monats-Chronik.

Berlin. Prof. Czerny (Straßburg) hat einen Ruf als Heubners Nachfolger erhalten. Auf der Vorschlagsliste stehen ferner Finkelstein (Berlin) und Salge (Freiburg).

Der nachstehende Gesetzentwurf über Kindersaugflaschen wird demnächst dem Reichstag zugehen: § 1. Kindersaugflaschen mit Rohr oder Schlauch sowie Teile zu solchen Flaschen dürfen weder gewerbsmäßig hergestellt, noch zum Verkaufe vorrätig gehalten, verkauft oder sonst in Verkehr gebracht oder aus dem Ausland eingeführt werden. § 2. Wer der Vorschrift des § 1 zuwiderhandelt, wird mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft bestraft. Daneben kann auf Einziehung der Gegenstände erkannt werden, ohne Unterschied, ob sie dem Verurteilten gehören oder nicht. Ist die Verfolgung oder Verurteilung einer bestimmten Person nicht ausführbar, so kann auf die Einziehung selbständig erkannt werden. § 3. Dieses Gesetz tritt 3 Monate nach seiner Verkündung in Kraft.

Dem Deutschen Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen ist vom Reichskanzler eine einmalige Beihilfe von 5000 Mark zu den Kosten der ersten Einrichtung der Wanderausstellung für Schulzahnpflege bewilligt worden.

Chemnitz. Die Kinderkolonie am Adelsberg in Oberhermersdorf ist eröffnet. In dieser ländlichen Erziehungsanstalt des Sächsischen Volksheilstättenvereins für Lungenkranke sollen Kinder, die beim Verbleiben in ihrer bisherigen Umgebung voraussichtlich schwindsüchtig würden, aufgenommen und so lange behalten werden, bis sie widerstandsfähig geworden sind, oder bis die heimischen Verhältnisse ihnen eine Rückkehr in die Heimat ohne Gefahr gestatten. Aufnahmegesuche sind an die Amtshauptmannschaft Chemnitz zu richten. Aufnahmebedingungen auch durch die Amtshauptmannschaft Meißen zu beziehen.

Fulda. Das Krüppelheim für die Provinz Hessen-Nassau ist am 19. v. M. eingeweiht.

Ansbach. Die Regierung von Mittelfranken hat in einem Erlasse die ihr unterstehenden Bezirksämter, Bezirksärzte, Schulinspektionen und Stadtmagistrate auf die Notwendigkeit der Zahn- und Mundpflege in den Schulen hingewiesen, sowie Gesundheitsregeln über die Zahnpflege als Unterrichtsfach in den Lehrplan aufgenommen.

Wien. Prof. Kassowitz ist von der Wiener und St. Petersburger Gesellschaft für Kinderheilkunde zum Ehrenmitglied ernannt.

Notiz.

In Nr. 1 des nächsten Jahrganges bringen wir eine Arbeit von Prof. E. Hagenbach-Burckhardt: „Über Bluterfamilien“, in Nr. 2 einen interessanten Artikel über das „Schielen der Kinder“.

Namenverzeichnis des XVII. Jahrganges.

Sachverzeichnis des XVII. Jahrganges.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.